

318525

12
207

UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
1984 - 1988

**"ESTUDIO COMPARATIVO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
EN MUJERES EMBARAZADAS PRIMIPARAS,
MULTIPARAS Y NO EMBARAZADAS"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
IRMA SUSANA ZARCO VILLAVICENCIO

ASESOR DE TESIS:
LIC. MARISELA RODRIGUEZ MARTINEZ

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	<u>Página</u>
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
JUSTIFICACION	8
 <u>ASPECTO TEORICO</u>	
- ANTECEDENTES DEL TEMA	11
- MARCO TEORICO	15
 CAPITULO 1: LA FEMINIDAD	
1.1 Breve reseña histórica acerca de las diferencias entre Feminidad y Masculinidad	15
1.2 Aspectos Psicológicos	17
1.3 Aspecto Cultural	22
1.4 Aspecto Social	24
1.5 Conflictos de la feminidad y su relación con la reproducción.....	27
 CAPITULO 2: EL EMBARAZO	
2.1 Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino	33
2.2 Ciclo Menstrual Femenino	36
2.3 Definición de Embarazo	40
2.4 Aspectos Biológicos:	
2.4.1 Fecundación y Embriogénesis	41

	<u>Página</u>
2.4.2 Sintomatología e intercambios entre Madre e Hijo	46
2.4.3 Diagnóstico de Embarazo	48
2.5 Aspecto Social	50
2.6 Aspectos Psicológicos y Emocionales	52
2.7 Función de la Pareja de la Mujer Embarazada	59
 CAPITULO 3: DEPRESION	
3.1 Definición de Depresión	65
3.2 Clasificación	68
3.3 Etiología	72
3.4 Sintomatología	73
3.5 Depresión y Embarazo	74
 CAPITULO 4: ANSIEDAD	
4.1 Definición de Ansiedad	80
4.2 Clasificación	81
4.3 Etiología	84
4.4 Sintomatología	87
4.5 Ansiedad y Embarazo	88
 <u>ASPECTOS METODOLOGICOS</u>	
- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	98
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	98
- HIPOTESIS	99
- DEFINICION DE VARIABLES	99
- VARIABLES EXTRAÑAS Y METODOS DE CONTROL	101

METODO

- MUESTRA DE INVESTIGACION	104
- DISEÑO DE INVESTIGACION	105
- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	106
- PROCEDIMIENTO	109
ANALISIS ESTADISTICO	112
RESULTADOS	113
INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS	133
LIMITACIONES	142
SUGERENCIAS	144
CONCLUSIONES	146
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	148
ANEXOS	155

RESUMEN

En esta investigación se buscó comprobar la relación entre la depresión y ansiedad con respecto al número de gestación o a la ausencia de ésta.

Las variables fueron en forma independiente: el número de paridad (Primíparas o multíparas) o la no paridad.

De forma independiente: el nivel de ansiedad y depresión.

El diseño de investigación consistió en un estudio de campo transversal expostfacto con tres grupos en un nivel confirmatorio.

La muestra se obtuvo de una población de consulta externa de las clínicas 31 y 43 de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, que se encontraban cursando el tercer trimestre de su embarazo. Se conformaron 3 grupos de 25 personas cada uno: Mujeres embarazadas primíparas, mujeres embarazadas multíparas y mujeres no embarazadas. Se les aplicó en forma individual los siguientes instrumentos: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE, Inventario para la medición de la depresión de Beck y un cuestionario de datos personales.

Posteriormente se realizó el análisis estadístico siguiente: Prueba de χ^2 para grupos independientes, correlación de Pearson y Prueba "t", a un nivel de significancia de 0.5.

Los resultados obtenidos fueron: Ansiedad Estado 4% en primíparas, 0% en múltiparas y 4% en el grupo control. En ansiedad Rasgo fue de 4% en las primíparas, 12% en múltiparas y de 20% en el grupo control. Las diferencias no fueron significativas. En cuanto a la depresión se encontró una prevalencia de 8% en primíparas, 24% en múltiparas y 16% en el grupo control, utilizando la prueba χ^2 a un nivel de corte de 13. - (no estadísticamente significativa). La correlación de ansiedad y depresión en los grupos fue de $r=0.3$ a $r=0.5$, mostrando ser positiva y estadísticamente significativa. (Correlación de Pearson).

Se concluye que se acepta la H_0 , no encontrándose diferencias entre la frecuencia de presentación de ansiedad y depresión relacionada con la paridad.

Además se encontró una correlación positiva en la asociación de la presencia de ansiedad y depresión, independiente a la paridad.

INTRODUCCION

El embarazo es una etapa trascendental en la vida de la mujer, involucra cambios a nivel psicológico, fisiológico y social.

Sin embargo, en épocas antiguas solamente se le otorgaba importancia a los factores fisiológicos, considerándose a este estado como un evento normal en la vida procreativa. La mujer era valorada por su función maternal, y devaluada por su sexualidad, ya que con la maternidad reafirmaba su aspecto femenino. (Ramírez 1977, Langer 1988). Se le describía también como un estado temporal de cambios fisiológicos ligados a molestias y dolores, sin embargo en los últimos años, investigaciones realizadas por Méndez (1986); Sherman (1978), Depres (1937), Soifer (1971), entre otros, han demostrado que el embarazo conlleva cambios psicológicos importantes, que puede ser traducido como un periodo de crisis, un punto crítico en el desarrollo psicológico de la mujer, en el que se conjugan aspectos fisiológicos, pero en el cual además convergen aspectos vinculados con el nivel de madurez emocional. (Barbero 1977). Es así como este estado proporciona a la mujer una experiencia muy importante, la culminación de la función femenina y la reafirmación de su sexo.

Como se ha mencionado, el embarazo se acompaña de cam-

bios psicológicos que pueden considerarse normales, frecuentemente provocados por cambios corporales, cambios hormonales-- propios de la gestación. Pero en ocasiones estos cambios pueden ser utilizados como vía de salida de antiguos trastornos emocionales, los cuales habfan permanecido sin manifestarse, hasta que se reactivan por esta etapa. Deutsch (1960) manifiesta que probablemente provienen de conflictos psicológicos relacionados con la personalidad previa de la embarazada.

Los trastornos psicológicos frecuentemente encontrados han sido: Ansiedad y depresión principalmente, así como ambivalencia, inestabilidad emocional, dependencia, entre otros.-(Villalobos 1967, Langer 1988, Kane 1968, Jarrahi 1968, Mc Donald 1963, Lubin 1975, Sherman 1978).

La prevalencia de estos trastornos sin embargo ha sido poco investigada, encontrándose en un estudio realizado por Kane (1968) cifras de 64% de 137 pacientes obstétricas la presencia de evidencias subjetivas de ansiedad, depresión y --- trastornos cognitivos.

La presencia de ansiedad y depresión durante el embarazo se ha atribuido a muchos factores tanto sociales como personales. Estudios realizados demuestran que la ansiedad se presenta con mayor frecuencia en mujeres embarazadas, que en no-embarazadas (Nelson 1986). Esta ansiedad puede incrementarse

con la edad de la gestante (Welles 1987). Se involucran otros factores como tiempo de evolución de la gestación, mostrando más ansiedad la mujer que cursa el tercer trimestre del embarazo (Lubin 1975, Grimm 1961), quizá asociado a la presencia próxima del parto.

También factores como haber experimentado ya anteriormente otro embarazo, disminuyen la ansiedad, como lo menciona Sherman (1978) al encontrar mayor ansiedad en las primíparas.

En el embarazo parece aumentar la sensibilidad, la irritabilidad y la depresión, que algunos autores atribuyen a una regresión psicológica y retracción libidinal de la mujer. --- (Soifer 1977, Langer 1988), que parecen encontrarse relacionados con la disminución del aporte social. (D'Hara 1986), -- también las situaciones económicas inadecuadas y mala planificación familiar (Sherman 1978), situaciones que son comunes -- en nuestro país, y suelen relacionarse con la multiparidad. -- Jarrahi en 1969 encontró elevación de la depresión en mujeres multiparas, sin embargo la muestra es poco extrapolable a --- nuestro medio.

En nuestro país, un gran sector subsiste con una serie -- de carencias sociales, económicas y culturales. La mujer embarazada que se desenvuelve en dicho medio es común que desarrolle conflictos emocionales, que en ocasiones se expresan --

durante el embarazo y pueden encontrarse muy relacionados al número de hijos que la mujer tiene, sin embargo no conocemos a ciencia cierta cómo se comportan dichos fenómenos en nuestro medio.

El presente estudio brindará conocimiento de la ansiedad y depresión durante el embarazo y su relación con la paridad, en un nivel socioeconómico medio bajo.

Tal investigación se llevará a cabo a través de un estudio de campo ex post facto en un nivel confirmatorio, empleando un diseño transversal de tres grupos.

La población será tomada de las clínicas 43 y 31 del Instituto Mexicano del Seguro Social, obteniéndose una muestra de 75 mujeres: 25 mujeres embarazadas multíparas, 25 mujeres embarazadas primíparas y de 25 mujeres no embarazadas, a las que se les aplicarán los siguientes instrumentos: Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), Inventario para la medición de la Depresión de Beck, así como un cuestionario de datos personales. Posteriormente se realizará el tratamiento estadístico que consiste en: Correlación de Pearson y Prueba de Chi cuadrada para grupos independientes a un nivel de significancia de 0.05.

Es importante mencionar que los trastornos emocionales-

en el embarazo, no sólo traen como consecuencia alteraciones en la vida de la mujer, sino que también involucran el desarrollo del producto. Se ha observado que la presencia de ansiedad y/o depresión en la madre, se asocia con mayor incidencia de abortos, complicaciones en el parto, así como malformaciones en el recién nacido (Guido 1986, Tilden 1983, Soifer--1977, Mc Donald 1963, Davids 1962). Es por ello de suma importancia que el médico conozca la existencia de estos trastornos, las posibles complicaciones que pueden provocar, que pueden ser en ocasiones irreversibles.

La ayuda y apoyo del médico durante el embarazo, además de un adecuado seguimiento de la mujer desde el punto de vista orgánico, podrán brindarle una atención de tipo integral, en donde serán tomados aspectos fisiológicos y psicológicos-- en conjunto. De esta manera, la mujer podrá vivir su embarazo de una forma más plena, lo que repercutirá directamente en el niño y en la familia como tal.

JUSTIFICACION

El embarazo es un evento de mucha importancia en la vida de la mujer, y al cual se le ha otorgado gran trascendencia, principalmente en el ámbito médico.

Sin embargo, es hasta hace relativamente poco tiempo --- cuando se le comenzó a dar importancia desde el punto de vista psicológico, reconociéndole como posible causante o desencadenante de alteraciones emocionales para la mujer.

Dentro de las alteraciones emocionales que suelen hacerse presentes durante este proceso, se destacan la ansiedad, como lo menciona Soifer (1971), Mc Donald y Christakos (1963), Davids y De Vault (1962), Sherman (1978); Nelson, Gumak y Politano (1976); Welles y Chateau (1987); y la depresión como es referido por Carnes (1983), Jarrahi (1969); Kane, Harman y Keeler (1968); Kumar y Robson (1978); y O'Hara (1976); trastornos que por sí solos o acompañados de otros, suelen provocar en la persona un estado de intranquilidad y malestar general.

Dentro de las investigaciones realizadas al respecto, se han llevado a cabo estudios donde se destacan las posibles relaciones entre los trastornos emocionales del embarazo y el estado civil de la mujer, el número de hijos, el periodo ges-

tacional, entre algunos. Sin embargo, no se ha otorgado mucho énfasis a cada uno de ellos, que nos permita corroborar verdaderamente que exista relación alguna entre los factores mencionados y los trastornos emocionales en el embarazo.

Se piensa que el número de hijos que la mujer embarazada tenga o la ausencia de ellos, se puedan relacionar con la presentación o no de ansiedad y/o depresión durante su gestación. Debido a que si la madre no tiene hijos esto le creará una situación emocional determinada, muy probablemente diferente a la que pueda presentar una mujer que cuenta con uno o más hijos vivos.

Por lo tanto, en el presente estudio, se buscará conocer el nivel de ansiedad y depresión y su relación con el número de gestación o la ausencia de ésta.

Es importante tomar en cuenta que la mujer embarazada no sólo se encuentra experimentando una serie de procesos somáticos, sino que éstos se encuentran muy relacionados con factores psicológicos y emocionales, que poseen mucha importancia, pues podrán ser determinantes del estado de ella misma, del niño y de la familia en general.

Del conocimiento que tenga el médico de la existencia de estos factores en el embarazo, la importancia que le atribuya,

en combinación con la adecuada atención a los factores somáticos, dependerá el óptimo estado de la paciente en un plano integral.

El médico puede proporcionar a la mujer gestante, desde la primeras etapas, información de los posibles cambios emocionales y físicos que puede sufrir, con la finalidad de que ésta se encuentre preparada para afrontarlos; el apoyo, la ayuda y comprensión por parte del médico, así como la del esposo, la familia y la sociedad en general serán invaluable para la mujer, y cuyas repercusiones actuarán directamente en el bienestar y buen desarrollo del niño.

ANTECEDENTES DEL TEMA

Desde décadas anteriores se le otorgaba importancia al embarazo, como una etapa de trascendencia en la vida de la mujer.

Así Deutsch (1960) menciona que los procesos que se llevan a cabo dentro del embarazo generan situaciones emocionales que surgen y se manifiestan dentro de la etapa. Aunque no se encuentren necesariamente ligadas con el embarazo.

Dentro de las manifestaciones más frecuentes se encuentran cambios emocionales, como Grimm (1961) menciona a la ansiedad, la cual tiende a incrementarse en el último trimestre. Al respecto, Kelly (1962), Ferreira (1965) y Mc Donald (1968) mencionan que los niveles de depresión pueden influir en el feto por medio de transmisión de adrenalina a través de la placenta.

En 1962, Davids y De Vault mencionaban también la presencia de ansiedad durante el embarazo y su asociación con las posteriores posibles complicaciones en el nacimiento del bebé.

En el siguiente año, en 1963, Mc Donald y Christakos de manera similar, relacionan la ansiedad durante el embarazo con las complicaciones obstétricas.

Fue para 1868 cuando Kane, Harman y Keeler realizaron -- una investigación, encontrando un 64% de evidencias subjetivas de depresión. Al respecto, Jarrahi (1969) también encontró - en su investigación problemas emocionales durante el embarazo, entre los cuales se encontraban sentimientos depresivos, más-frecuentes en las mujeres multíparas.

Algunos años después, en 1971; Soifer menciona que es co-- mún que la mujer embarazada presente ansiedades que se mani-- fiestan en forma de temores, síntomas orgánicos y alteracio-- nes psicossomáticas. Las que se manifiestan como deseos de ex-- pulsión y retención. También presenta ansiedades por su pro-- pia salud y la del niño, las cuales se intensifican en la úl-- tima etapa.

Las mujeres primíparas presentan mayores temores hacia - los movimientos fetales, y en general todas experimentan un - proceso de regresión.

Para 1975 Lubin, Gardner y Roth; corroboran que la ansie-- dad aumenta en el primer y tercer trimestre del embarazo.

Poco tiempo después en 1976, Bardwick, menciona que las-- náuseas y dolores son formas de manifestar la ansiedad duran-- te el periodo de gestación.

Barbero para 1977, vuelve a observar cambios biológicos emocionales durante el periodo de la preñez.

Sherman con los antecedentes conocidos hasta entonces,-- en 1978, apoya la opinión que las mujeres primíparas present-- tan más miedo al embarazo que las que han dado a luz en otras ocasiones.

En 1978 estudios realizados por Kumar y cols. aportan que también en el primer trimestre. En ese mismo año se comprue-- ba que la presencia de ansiedad en el embarazo, se relaciona-- fuertemente con el tipo de vida que haya tenido la mujer an-- tes de concebir. (Zajicek y cols. 1978).

No fue sino hasta 1983 cuando Tilden recapitulando el -- problema de los trastornos emocionales durante el embarazo,-- da a conocer que durante este ciclo, el alto stress de vida -- se relaciona con desequilibrios emocionales y complicaciones-- en la gestación, con lo que la existencia de cualquier trans-- torno en el embarazo, implica un riesgo al producto. También durante este año Carnes (1983), explica que los cambios a ni-- vel corporal, los conflictos psicológicos activados y los cam-- bios endócrinos son los causantes de las alteraciones psiqui-- cas y emocionales. Comentó que los cambios emocionales del-- embarazo se podían presentar inclusive en los primeros esta-- díos de éste, sin embargo eran de mayor importancia y relevan-- cia cuando se presentaban al final.

En 1984 el Dr. Caso, dentro de su calificación de la de presión incluye a la depresión del embarazo, dándola a cono-- cer como un padecimiento propio de este estado.

Guido, Renzo y Andreoli (1986) apoyan que las variables- psicosociales pueden jugar un importante papel en el desarro- llo de la gestación. En el mismo año Méndez (1986) vuelve a- encontrar mayor ansiedad durante el último trimestre del emba- razo con lo que reafirma lo encontrado en años anteriores.

Nelson y cols. en 1986, comprueban una vez más que las - mujeres embarazadas son más ansiosas que las no embarazadas.

Un año más tarde Welles (1987) relaciona la ansiedad du- rante el embarazo con la edad de la gestante y afirma que hay mayor ansiedad y temor a la maternidad como problemática a ma yor edad de la madre.

En 1988 Langer menciona que la mujer al presentar con- - flictos consigo misma tiende a expresarlos por medio de su vi da procreativa.

MARCO TEORICO

CAPITULO I

LA FEMINIDAD

1.1 BREVE RESEÑA HISTORICA ACERCA DE LAS DIFERENCIAS ENTRE FEMINIDAD Y MASCULINIDAD

El ser humano desde sus orígenes y durante toda su existencia se enfrenta a diversas situaciones y circunstancias a las que debe responder de la manera más adecuada; y esta respuesta depende en gran parte de su capacidad de asumir su rol sexual masculino o femenino.

Según Freud S. (1933) la primera diferencia que podemos observar al enfrentarnos a un ser humano es la distinción entre lo masculino y lo femenino. En ambos sexos se han formado órganos destinados a la función sexual, así como órganos que reciben influencia directa del sexo. (1)

Chauchard (1970) menciona que todos los seres humanos poseemos un sexo genético que orienta a la constitución de la sexualidad, con la subsecuente producción de hormonas, y en la pubertad se manifiesta la diferencia de sexos. (2)

Anastasi A. (1982) señala que los factores biológicos y-

culturales contribuyen a las diferencias sexuales, los factores biológicos pueden ejercer influencia directa, sin embargo la contribución de la cultura es muy grande en la diferenciación de los sexos a lo largo de la historia. (3)

Para la Antropología Cultural, una parte muy importante de la diferenciación biológica entre los sexos está determinada por la cultura. (4)

Para Díaz Loving y Cols. (1981) la magnitud de las diferencias sexuales está relacionada con las demandas económicas y adaptativas de la sociedad. Según investigaciones realizadas, se espera que la mujer posea características como amabilidad, comprensión, dependencia; mientras que se espera que el hombre presente características contrarias. (5)

A lo masculino se le atribuye un papel activo, mientras que a lo femenino se le otorga un atributo pasivo, lo cual no equivale a pasividad, puesto que puede ser necesario el empleo de gran actividad para alcanzar un fin pasivo. (6)

La historia de los prejuicios masculinos, y como contrapartida la situación de dependencia de la mujer no ha terminado. La diferenciación biológica de los sexos, la división de la humanidad en Masculino y femenino ha llevado a diferenciar los factores sociales de uno y otro sexo. Se dice que son --

iguales en cuanto a dignidad y derechos, pero que la diferencia de naturaleza implica la diferencia de funciones y roles... (7)

De esta manera, ambos roles sexuales poseen características propias, el hecho de que la mujer acepte sus funciones femeninas determinará en gran medida su grado de adaptación consigo misma y con la sociedad.

1.2 ASPECTO PSICOLOGICO

La ciencia atribuye a ambos sexos el carácter de bisexuales, sin embargo en la mayoría de los casos una persona sólo agrega una clase de productos sexuales.

La mujer y el hombre presentan diferencia no sólo en la pasividad y actividad, sino también en las características de personalidad, presentando la mujer menor agresividad, mayor necesidad de ternura, mayor docilidad, dependencia, inteligencia, además que lleva a cabo cargas de objeto más intensas.

Sin embargo, en las fases tempranas de evolución de la libido, parecen ser comunes a ambos sexos la agresividad de la fase sádico-anal, y dicha agresividad parece no ser menor en la niña.

Para ambos sexos el primer objeto de amor es la madre, y para el varón lo seguirá siendo en la formación del complejo de Edipo y durante toda la vida.

En la niña existe una vinculación muy intensa con su madre, pero posteriormente deberá, en la situación del Edipo,-- cambiar a la figura paterna como objeto, así como de zona erógena (pasando del clitoris a la vagina).

La niña, en su vinculación materna experimenta una relación libidinosa que se manifiesta con deseos orales, sádico-anales y fállicos, que representan tanto impulsos activos como pasivos, además de ser ambivalentes: de naturaleza cariñosa y hostil. Posee además fantasmas de seducción hacia ella.

Tal vinculación hacia la madre se disuelve por medio del odio, acusándola de no haberla nutrido adecuadamente, y de no haberle brindado el amor que ella necesitaba. También le reprocha el no haberle dado un pene.

El complejo de castración se inicia cuando la niña observa el genital del otro sexo. La falta de pene le hace sentir inferior, además de devaluar a su madre porque "tampoco tiene pene". La hostilidad se acrecenta hacia ella cuando no la deja jugar con sus órganos genitales.

Del descubrimiento de la castración la niña puede adoptar tres caminos: la inhibición sexual, la formación del complejo de masculinidad, o bien adoptar una feminidad normal.

Al abandonar la masturbación, la niña se vuelve más pasiva, y en el caso que elija el camino más adecuado, comenzará a dirigirse hacia el padre, como un nuevo objeto amoroso. -- Quizá el deseo que la lleva a dirigirse hacia éste es el de conseguir el pene que la madre no le dio, sin embargo la situación femenina se consolida cuando se sustituye el deseo de tener un pene por el deseo de tener un hijo. (8)

"Con la transferencia del deseo del niño-pene al padre entra la niña en la situación del complejo de Edipo". (9)

Se intensifica el odio hacia la madre convirtiéndose en su rival. La niña no supera definitivamente el complejo de Edipo, y la formación del superyó no parece ser muy clara.

En la feminidad como tal, existe un elevado narcisismo, así como una excesiva vanidad en el físico, que expresa la envidia del pene, así como el pudor a cubrir los genitales.

Las condiciones de elección de objeto de la mujer, se encuentran frecuentemente encubiertas por factores sociales. -- Cuando tal elección es libre se desarrolla frecuentemente el-

complejo de Edipo, en donde tratará de conseguir a un marido como el padre. Sin embargo, en ocasiones existe una ambivalencia en la mujer, la cual atribuye al marido las características de la madre. (10)

Esta situación ocurre porque la relación materna es más primitiva que la paterna, y el matrimonio es un estado en el que emerge tal relación de la represión. (11)

La fase de vinculación amorosa es muy importante para la mujer, ya que en ella se prepara la adquisición de las cualidades con las que más tarde atenderá la función sexual, y funciones sociales. En ocasiones, el nacimiento de un niño reactiva en la mujer la envidia al pene. (12)

Horney K. (1976) acepta la importancia de las aportaciones de Freud sobre la sexualidad femenina, sin embargo, expone que en ellas la psicología de la mujer está vista desde un punto de vista masculino.

Paralelamente a la envidia del pene en la mujer, existe también la envidia del hombre hacia las funciones femeninas-- del embarazo, parto y maternidad; aunque no existen estudios que investiguen su aspecto dinámico. El paralelismo se lleva a cabo en la misma forma para ambos sexos, sin embargo en el hombre se encuentra más sublimado por medio de actividades --

productivas que realiza, en tanto que en la mujer no es tan satisfactoria, principalmente porque parece ser que la envidia por el pene no es tan grande como la envidia del varón, y porque puede desembarazarse de ella en forma menos eficaz, ya que en su deseo de tener un esposo y un hijo, pierde casi completamente la capacidad de sublimación. El complejo de masculinidad en la mujer deriva de la observación de los niños y del rechazo de las funciones femeninas, manifestando sentimientos de inferioridad, tales sentimientos son compensados por la mujer, por medio de la función de dar a luz. (13)

De tal manera que para Freud, la mujer nace con una carencia anatómica, que deberá compensar con su maternidad, sin embargo parece ser que nunca dejará de presentar la envidia del pene; para Horney la mujer compensa su inferioridad con el deseo de ser madre.

El buen desarrollo psicosexual de la mujer, en donde exista una adecuada resolución del complejo de Edipo, contribuirá a una aceptación de su rol femenino y de su maternidad, a evitar la reactivación de conflictos en circunstancias especiales como lo es la maternidad.

1.3 ASPECTO CULTURAL

Desde épocas antiguas, la mujer ha sido considerada como un ser inferior tanto en el aspecto físico como en el intelectual, y aún en la actualidad existen ciertos prejuicios masculinos acerca de la igualdad entre el hombre y la mujer.

Sin embargo, cabe considerar como un factor importante - el aspecto cultural, ya que los mitos y costumbres que se tengan en un determinado ámbito cultural podrán no ser válidos - para otros, y por lo tanto la mujer no podrá ser considerada de la misma manera en distintas épocas y civilizaciones.

Al respecto, Valderrama G. (1988) menciona que la feminidad se encuentra influenciada por una serie de normas y valores que se adquieren a través de las épocas y de las culturas, y que sólo pueden ser válidas para cada cultura y sociedad en particular. (14)

Mead M. (1961) realizó un estudio con el pueblo de los--Arapesh en Nueva Guinea donde descubrió que no había diferencias sexuales, siendo la mujer destinada a las funciones procreativas, y el hombre es el que realiza las actividades del hogar, propias de la mujer. Estos valores son comunes en la cultura mencionada, pero diferentes en las otras. (15)

Sin embargo, a diferencia de esta cultura en donde se -- otorga un valor semejante a ambos sexos, en nuestra cultura-- mexicana, desde épocas antiguas a la mujer se le ha reprobado su papel sexual, como lo menciona Ramírez S. (1977), y sin -- embargo se le ha premiado su maternidad pródiga y exhuberante.

La Malinche era considerada un símbolo de sexualidad, in compatible al símbolo materno. Al pasar del matriarcado al - patriarcado, hubo que hacer una serie de estrategias para evitar regresar a él, y por ello en época Azteca se tendía a de-valuar a la mujer.

De tal manera que desde entonces y aun en la actualidad- en las clases bajas y medios rurales, la mujer crece con mie- do a la sexualidad, infundido por los padres, y al acercarse- a la edad adulta frecuentemente abandona el hogar por medio-- del rapto, realizado por su futura pareja. (16)

Sólo por medio del embarazo la mujer logra expresar su - feminidad. (17)

Al casarse, aceptará pasivamente su papel asexual reali- zando su función materna generalmente sola, ya que el hombre- suele abandonar el hogar poco tiempo después de haberla emba- razado. Entonces se refugiará en sus hijos, en quienes depo- sitará el cariño que no le pudo dar a su pareja.

Aunque estos valores y costumbres de nuestra cultura prevalecen en parte, es cierto que nuestro país se ha visto influenciado por la tecnología, los adelantos científicos, etc. lo cual se observa principalmente en clases medias y altas. - La mujer como consecuencia se encuentra ante muchas perspectivas, enfrentándose a la disyuntiva de ser madre o dedicarse a otras actividades, surge en ella el dilema entre realizarse - como mujer en el plano procreativo o en el profesional. (18)

La mujer en la actualidad se encuentra gozando de muchas actividades de las que antes no disfrutaba, puede realizarse ahora de una forma integral, sin embargo esta situación de superación para ella la enfrenta a la difícil situación de elegir realizar en su vida lo que más le satisfaga como persona, o bien tratar de conjugar todos los factores en la medida posible, con el fin de lograr una realización plena.

El no llegar a conjugar adecuadamente dichos factores -- puede ocasionarle frustraciones y trastornos emocionales como ansiedad y depresión, el encontrar insatisfacción en su vida.

1.4 ASPECTO SOCIAL

Simmel (1976) menciona que nuestra civilización es esen-

cialmente masculina, en ella las leyes, la religión, la moral, la ciencia son elaboradas por los hombres y para los hombres, aunque debfan ser para toda la sociedad, tienen una naturaleza y configuración histórica esencialmente masculina. (19)

A comienzos del siglo XX, autores como Wieninger y Moebus (1962) expresan sus prejuicios hacia la mujer, considerándola como un ser inferior, y que jamás podrá igualar al hombre. (20)

El papa León XIII y Pfo XI refieren que la mujer dentro del matrimonio cristiano debe semeterse al varón y obedecerlo, pues éste es el jefe de la familia, agregando que la liberación de la mujer es falsa. (21)

La inferioridad de la mujer es explicada por dos elementos:

1) La menor fuerza física que posee, que en épocas antiguas era determinante, ya que el hombre debía enfrentarse a la naturaleza con sus propias fuerzas, encontrándose entonces la mujer en un plano inferior.

2) El sometimiento que debía asumir para dedicarse a la maternidad, crianza y educación de los hijos, al no contar con ninguna forma para controlar la natalidad. (22)

La mujer se encontraba muy restringida en el plano social y sexual, dependiendo del hombre, y fue hasta la revolución industrial cuando se vio forzada a trabajar, lo que ocurrió más frecuentemente en las clases urbanas, cambiando la mujer de clase media y alta su estilo de vida hasta la Primera Guerra Mundial.

Comenzó a realizar labores propias de los hombres, así como planificar su familia. La manifestación de tal libertad sexual y social nunca fue bien aceptada por el hombre, que desde siempre ha tratado de considerarla inferior, por lo tanto se suscitaron conflictos a nivel de pareja y fuera de ésta. (23)

Aunque en la actualidad la mujer realiza más funciones que antes, independientemente que logre realizarlas con o sin conflicto, se cree que rara vez renuncia a su función de ser madre. (24)

Es importante tomar en cuenta que la mujer realiza funciones diferentes a las del hombre, que en cierto modo se complementan con éstas, no necesariamente quiere decir que realice un papel inferior en la sociedad, algunas de estas funciones son: el embarazo y la procreación, que le otorgan grandes beneficios y satisfacciones. El hecho de que ella las acepte adecuadamente, tratando de conjugárlas con el desempeño de su

vida profesional y personal le proporcionarán un equilibrio emocional adecuado.

1.5 CONFLICTOS DE LA FEMINIDAD Y SU RELACION CON LA REPRODUCCION

Anteriormente el embarazo era considerado como un suceso normal en la vida de la mujer, y se suponía que tenía que ser vivido sin perturbaciones emotivas y en forma plena. (25)

Sin embargo, en la sociedad actual es bien sabido que -- los estados femeninos del embarazo y parto crean en la mujer frecuentemente una serie de trastornos físicos y psíquicos, que provienen de conflictos psicológicos de éste, y que se relacionan con las características propias de la personalidad. -- Estos conflictos se expresan mejor durante el embarazo y la maternidad por ser el momento en que se culmina la función femenina y la diferenciación entre los sexos. (26)

Bardwick J. (1976) menciona que es frecuente que la mu--jer utilice el aparato reproductor para expresar sus senti--mientos de agresividad, ansiedad y deseos por medio de síntomas que no puede resolver de otra manera.

Este tipo de mujeres suelen ser ambivalentes con respec-

to a su feminidad, manifestando características de dependencia infantil, en las que tratan de imitar las actitudes de un padre pasivo y dependiente, mientras poseen poca o ninguna identificación con su madre. Es común que externamente deseen realizarse en el plano sexual, sin embargo, inconscientemente rechazan las funciones propias de su sexo, manifestándolo por medio de dolores y náuseas durante el embarazo, así como ansiedades frente a su estado. (27)

Dauids A. y De Vault S. (1982) realizaron un estudio al respecto con 50 pacientes embarazadas en el tercer trimestre del embarazo y encontraron que las mujeres que presentaban mayores ansiedades en el embarazo, posteriormente tuvieron más complicaciones y dificultades durante el nacimiento, así como un mayor índice de hijos deformes o muertos. (28)

Además de los cambios físicos y psíquicos que pueda presentar la mujer en la aceptación de su feminidad existen factores sociales y culturales, en donde la mujer no sólo tiene como finalidad casarse y tener hijos, sino que al poseer una igualdad o semigualdad en muchos aspectos con el hombre, le crea una serie de conflictos a los que debe enfrentarse; generalmente no renuncia a ser madre por lo tanto debe atender su casa y a su marido, a la crianza de sus hijos, cumplir con su trabajo y conservar su arreglo personal. En la mayoría de los casos se siente incapaz de cumplir en forma eficiente con todas sus actividades. (29)

De tal manera que cuando se encuentra en conflicto consigo misma, puede expresarlo por medio de: Sufrir trastornos-- en su vida procreativa, presentar dificultades con sus hijos-- y esposo, o esquivar la maternidad. (30)

De estas maneras, la mujer manifiesta el rechazo de ser-- madre y por lo tanto de su feminidad.

NOTAS

CAPITULO I

- (1) Freud S., 1933. "La Femenidad". México. Editorial Biblioteca Nueva. p. 3164.
- (2) Chauchard 1970, Cit por Egg E., 1982. "Opresión y Marginalidad de la Mujer en el Orden Social Machista". Buenos-Aires. Editorial Humanitas. pp. 21-35.
- (3) Anastasi A, 1982. "Psicología Diferencial". Madrid. Editorial Aguilar. pp. 421 y 455.
- (4) Egg E. Op Cit p. 33.
- (5) Díaz Loving y Col. 1981. Cit por Axelrod R, 1987. "La depresión puerperal; un enfoque psicodinámico". Tesis de Maestría en Psicología. U.N.A.M. México. p. 96.
- (6) Freud S. Op Cit p. 3166.
- (7) Egg E. Op Cit p. 31.
- (8) Freud S. Op Cit pp. 3165-3174.
- (9) Idem.
- (10) Ibidem p. 3175.
- (11) Freud S, 1931. "Sobre la Sexualidad Femenina". México. - Editorial Biblioteca Nueva, P. 3081.

- (12) Freud S. Op Cit p. 3177.
- (13) Horney K, 1976. "Psicología Femenina". Buenos Aires. Editorial Psique. pp. 53-67.
- (14) Valderrama G, 1988. "Perfil psicológico de pacientes del INPer con un embarazo de curso normal". Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México. p. 16.
- (15) Mead M. 1961. Cit. por Langer M. 1988. "Maternidad y sexo". México. Editorial Paidós. p. 19.
- (16) Ramírez S, 1977. "El Mexicano, Psicología de sus Motivaciones". México. Editorial Enlace Grijalbo. p. 152.
- (17) Valderrama G. Loc Cit. p. 16.
- (18) Ramírez S. Op. Cit p. 161.
- (19) Simmel. Cit por Horney K, 1976. "Psicología Femenina".- p. 53.
- (20) Wieninger y Moebus 1962. Cit por Egg E, 1982. "Opresión y Marginalidad de la Mujer en el Orden Social Machista". p. 24.
- (21) Ibidem pp. 26-27.
- (22) Ibidem pp. 33-34.
- (23) Langer M. Op Cit pp. 13-15.

- (24) Valderrama G. Op Cit pp. 23-24.
- (25) Ibidem p. 15.
- (26) Langer M. Op Cit p. 180.
- (27) Bradwick J, 1976. "Psicología de la Mujer". Madrid. Editorial Alianza. pp. 126-133.
- (28) Davids, A. and De Vault, S. 1962. "Maternal anxiety during pregnancy and childbirth abnormalities". Psychosomatic Medicine. 24 (5). pp. 464-470.
- (29) Langer M. Op Cit p. 24.
- (30) Ibidem p. 25.

CAPITULO II

EL EMBARAZO

2.1 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Mondragón H. (1982) menciona que el aparato reproductor femenino para su estudio se divide en: Organos genitales externos e internos.

Los primeros comprenden:

Vulva: La cual forma el conjunto de órganos genitales externos en la mujer, está integrada por:

Monte de Venus: El cual se localiza por delante de la sínfisis del pubis, se encuentra cubierta por piel pigmentada formada por tejido adiposo.

Labios Mayores: Que surgen del Monte de Venus, dirigiéndose hacia abajo y atrás para unirse con el periné. Se encuentra cubierto por piel pigmentada y vello. Posee glándulas cebáceas.

Labios Menores: Se encuentran situados en forma intermedia entre los labios mayores y el introito. Son estructuras delgadas y pequeñas, carentes de vello, que se dirigen de ade

lante hacia atrás. Se unen en la parte anterior dando lugar al clitoris y al prepucio.

Vestíbulo: Es el espacio comprendido entre los labios menores, conteniendo el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentran cubiertas por un epitelio escamoso estratificado.

Meato Urinario: Es el orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior.

Glándulas de Bartolín: Son glándulas localizadas en los labios menores cerca de la pared vaginal que lubrican la parte externa de la vulva y la vagina.

Glándulas de Skene: Son dos glándulas localizadas en la parte posterolateral del meato urinario, que actúan lubricando el vestíbulo.

Himen: Es una membrana anular que cubre parcialmente la entrada vaginal, formada por dos capas de tejido fibroso; se rompe al contacto sexual y sus restos se designan carúnculas-mirtiformes.

Orquilla: Es el sitio de unión de los labios mayores y menores en la porción posterior.

Periné: Estructura que se localiza entre la orquilla vulvar y el ano. Está formado por los músculos transversos así como por el bulbocavernoso.

Los órganos genitales internos se integran por:

Vagina: Es un conducto virtual musculomembranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero, se relaciona con ella la vejiga por su cara anterior y el recto por su cara posterior, su función es de conducto excretor de secreciones durante la menstruación, órgano para la cópula y vía para realizar la expulsión del producto en el parto.

Utero: Órgano muscular hueco, situado en la parte profunda de la pelvis, de forma piriforme; está aplanada ligeramente en sentido anteroposterior, la cara anterior se encuentra relacionada con la vejiga, la posterior con el recto, los laterales con los ureteros y la parte inferior con la vagina; -- con la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal. Se le conocen tres porciones: cuerpo, istmo y cervix.

Trompas de Falopio u Oviductos: Son dos conductos que -- constituyen una prolongación del cuerpo uterino, se dirigen lateralmente hacia atrás y afuera; tienen movilidad peristáltica y durante la ovulación sirven para transportar al óvulo.

Ovarios: Son dos órganos ovoides aplanados, sólidos y -- blanquecinos que se localizan a un lado de la pelvis, en la-- fosa ovárica. Se relacionan con las partes distales de los-- oviductos. Posee una función de producción de células repro-- ductoras femeninas y como fuente principal de hormonas (estró-- genos y progesterona). Están formados por una corteza y una-- médula. (1)

2.2 CICLO MENSTRUAL FEMENINO

Novak E., Jones S. y Jones H. (1977) mencionan que la ma-- duración sexual de la mujer depende directamente de la madura-- ción del Sistema Nervioso Central.

Cuando la cantidad de transmisores de estímulos alcanza-- el nivel compatible con la actividad fisiológica, los efectos de la estimulación gonadotrófica del hipotálamo sobre la hi-- pófisis se hacen manifiestos en la respuesta de los órganos-- terminales y empieza a desarrollarse la pubertad. (2)

Para que se presente la menarca es necesario que exista-- un desarrollo hipotalámico normal. Esto aparece aproximada-- mente a los doce años aunque es susceptible a variaciones, de-- bido a factores nutricionales, de higiene, y otros.

Dentro de la menarca pueden presentarse manifestaciones psicológicas variables en cada persona, y que generalmente se manifiestan con tensión, presión, inseguridad, confusión e -- inestabilidad al medio que les rodea.

"La menstruación puede definirse como una hemorragia fisiológica periódica que ocurre con intervalos de aproximadamente cuatro semanas que se origina de la mucosa intrauterina". (3)

El ciclo menstrual comprende el intervalo entre el primer día en que se presenta el flujo menstrual y el último día antes del siguiente flujo. Dentro de este ciclo ocurren cambios tisulares en el aparato genital femenino, influidos por la regulación ovárica a través de su propio ciclo.

El ciclo ovárico se divide en tres fases: La primera fase o folicular en la cual el ovario está influido por las hormonas FSH (hormona estimulante del folículo) y LH (hormona luteinizante), ambas hipofisarias, estimulan el crecimiento y maduración de los folículos ováricos, así como el de un óvulo.

También en esta fase se incrementa la producción de estrógenos aproximadamente 24 a 48 horas antes de la ovulación-- ambas hormonas se incrementan abruptamente, principalmente la LH, con lo que se produce la ruptura folicular.

La segunda fase conocida como ovulatoria se inicia al -- ocurrir la ovulación (desprendimiento de un óvulo maduro del folículo de Graff) y termina con la captación del óvulo por-- la trompa de Falopio.

La fase lutea se caracteriza por la formación del cuerpo amarillo, causando la elevación de la progesterona; esta última ejerce su acción inhibitoria sobre las gonadotropinas hipofisiarias que disminuyen. Antes de que se haga presente el - flujo menstrual, disminuyen los niveles de estrógenos y pro-- gesterona en forma súbita.

El ciclo endometrial también se divide en tres fases: La proliferativa o estrogénica que se caracteriza por la forma-- ción de componentes del endometrio, tales como glándulas, va-- sos y estroma. Esta fase dura del primero al catorceavo día.

La fase secretoria o progestágena comprende del día ca-- torce al día veintiocho del ciclo, se caracteriza por el desarrollo del endometrio y aparece la secreción glandular para-- preparar el terreno para la anidación.

La fase menstrual que surge al disminuir las concentra-- ciones de hormonas se identifica por el desprendimiento del-- endometrio y con ello el sangrado menstrual, con duración de-- tres a cuatro días.

El ciclo cervical se caracteriza por las variaciones en la composición del moco cervical, el cual durante los primeros 14 días es poco elástico y de color opaco, el día 14 aumenta el tamaño y capacidad secretoria de las glándulas endocervicales, cambiando con esto la consistencia del moco, haciéndose más permeable a la penetración de los espermatozoides.

El ciclo vaginal muestra cambios en la composición tisular durante ambas fases, mostrando mayor resistencia durante la segunda.

Otros órganos son también influenciados por las hormonas sexuales, así vemos que en las glándulas mamarias durante la fase estrogénica se observa crecimiento de conductillos, hiperemia y edema de tejido intersticial mamario, durante la fase progestágena mayor proliferación de tejido acinar y producción de pequeñas gotitas que se reúnen en los conductillos.

A nivel general, durante la fase estrogénica la temperatura basal baja, descienden los niveles de hemoglobina, aumenta la acción anabólica con aumento de grasa subcutánea y cambios en la libido y actitud sexual.

Durante la fase progestágena, los cambios generales más importantes son la elevación de la temperatura basal y cambios emocionales. (4)

2.3 DEFINICION DE EMBARAZO

Para Beck (1977) el embarazo es: "Un evento que tiene lugar por medio de la fecundación en la cual se produce una --- unión del espermatozoide con un óvulo maduro, unión que habitualmente se da en el tercio externo de la trompa de Falopio". (5)

El diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1974)- lo define "El periodo comprendido desde la fecundación del -- óvulo hasta el parto". (6)

Se considera un embarazo normal, aquel que evoluciona -- sin presentar ninguna complicación, entre las cuales se distinguen: Amenaza de aborto, mola hidatiforme, embarazo ectópi- co, hiperemesis gravídica, diabetes no controlada, toxemia -- del embarazo, epilepsia, incompatibilidad sanguínea materno- fetal, cardiopatía no controlada, enfermedad tiroidea, infec- ciones en general, trastornos mentales, pseudociosis, trans- tornos en el producto tales como óvito, malformaciones congé- nitas, embarazos múltiples.

2.4 ASPECTOS BIOLÓGICOS

2.4.1 FECUNDACION Y EMBRIOGENESIS

El óvulo y el espermatozoide necesitan madurar para que puedan dar origen a un nuevo ser. La maduración tiene por objeto que se fusione la carga cromosómica de ambas células, para que se construya una célula completa.

La maduración de los espermatozoides se lleva a cabo -- cuando la célula sexual inmadura o espermatogonia que posee 44 autosomas y dos cromosomas sexuales (diploides) se dividen y se reducen a 22 cromosomas (autosomas) y un cromosoma sexual, constituyendo las células haploides o espermatocitos -- primarios. Sufren una segunda división donde se convierten -- en espermatocitos secundarios y siguen madurando para convertirse en espermátides (o células sin flagelo), posteriormente cuando alcanzan la maduración se convierten en espermatozoides que tienen la capacidad de fecundar.

La maduración del óvulo se lleva a cabo dentro del ovario. Las células de éste producen los ovocitos de primer orden, antes de que el folículo se rompa, eliminándose una célula llamada primer corpúsculo polar.

Al romperse el folículo, se libera el óvulo maduro, que posee la mitad de la carga cromosómica, y al fecundarse sale el segundo corpúsculo polar.

Dentro del ovario, la célula inmadura u ovogonia posee 44 cromosomas (autosomas) y 2 cromosomas sexuales XX, es una célula diploide. Al dividirse por primera vez la célula, la ovogonia se divide en dos células diferentes, una mayor u ovocito primario y una menor que se destruye llamada primer corpúsculo polar. Ambas células poseen 22 autosomas y un cromosoma sexual X.

El ovocito primario se divide, dando lugar a una célula más grande u ovocito secundario y un segundo corpúsculo polar que se destruye.

El ovocito secundario es el que finalmente se convierte en óvulo al terminar el proceso de maduración. (7)

Para que ocurra el fecundación que es la unión entre el espermatozoide y el óvulo, es necesario que ocurra lo siguiente:

Que exista depósito de espermatozoides en la vagina, que exista progresión de los espermatozoides (intrauterina e intratubárica), que exista maduración del óvulo en el ovario, ruptura del folículo y que el óvulo sea captado por las fimbrias tubáricas, así como que haya fusión entre los gametos masculino y femenino.

Los espermatozoides al depositarse en el saco vaginal -- posterior, pueden permanecer vivos, por unos días, unos penetran al útero por medio del moco cervical siguiendo hasta la cavidad uterina, recorre la trompa de Falopio en donde se lleva a cabo la fecundación. De esta manera se constituye una célula completa. Tanto el espermatozoide como el óvulo tienen 22 pares de cromosomas autosomas y dos cromosomas sexuales (X o Y). Siendo el hombre el que determina el sexo del producto.

Una vez que se lleva a cabo la fecundación, el huevo que se ha formado efectúa una serie de divisiones celulares, donde se forman dos, cuatro, ocho, diez y seis, o más células. Esta constituye la fase de mórula. Posteriormente el huevo, antes de llegar a la cavidad uterina, inicia una segunda etapa de desarrollo, en la que las células forman un trofoblasto el resto constituye el disco embrionario o germinativo. A esta etapa se le llama blástula o blastocito.

La implantación de la siguiente etapa es en donde el huevo llega a la cavidad uterina.

El endometrio, al ocurrir la fecundación y formarse el cuerpo amarillo, adquiere características que lo transforman en decidua. El trofoblasto destruye la decidua al ponerse en contacto con ella. El blastocito se implanta en la decidua,-

hasta quedar sepultado en ella, la parte decidua basal, donde se desarrolla la placenta. La parte que la cubre es la decidua capsular o refleja, donde se adhieren las membranas ovulares.

El trofoblasto en la parte de la decidua basal, emite velloidades prominentes que sirven de soporte al huevo. Las células centrales del blastocito se desarrollan y agrupan en forma de capas, para formar el disco germinal o embrionario, que posteriormente formará el embrión. Dentro del trofoblasto se producen las gonadotropinas coriónicas así como los estrógenos y la progesterona.

La hormona estimulante del folículo disminuye, por la inactividad de la hipófisis, la progesterona se eleva (18 mg/ml) hasta la 8 semana, desciende y se eleva nuevamente al término del embarazo.

Posteriormente, a partir del disco embrionario, aparece una capa celular o ectodermo, que da origen a otra capa celular o endodermo. A esta fase se le llama gástrula.

El nódulo embrionario se condensa y se refuerza en uno de sus extremos, al reforzarse se le llama línea primitiva, de la cual surge una nueva membrana que separa al ectodermo del endodermo, a la cual se le denomina mesodermo.

Poco después, surge un repliegue del ectodermo, que crece hasta envolver al embrión, y forma la cavidad amniótica, - que se llena de líquido hasta cubrir el embrión.

A la tercera semana a partir del mesodermo, surge el somita que origina las diversas partes del embrión.

A la quinta semana, el tejido epitelial de que están --- constituidos los somitas se transforma en tejido polimorfo y laxo designado mesénquima.

Se inicia el desarrollo de la mayor parte de los órganos y extremidades en forma rudimentaria.

A la séptima semana, existe diferenciación de la boca, -- ojos, nariz, dedos. Los orejas también se encuentran diferenciadas. Se inicia la osificación de los huesos del cráneo y - húmero. Los órganos sexuales aún no se diferencian completamente.

A la doceava semana, se forma la sangre, se osifica la - columna vertebral.

En la décimo sexta semana el sexo se ha diferenciado, el corazón se ha diferenciado adecuadamente, existe osificación - del isquión, los riñones se encuentran en formación, el - cuello se ha hecho presente.

Entre la vigésima y vigésima cuarta semana existen cambios notables en el tamaño y proporción de los segmentos corporales.

Existe osificación del esternón, aparecen los movimientos respiratorios y el vérnix. Hay osificación del pubis.

De la vigésima octava a la cuadragésima, aparecen uñas, el feto está formado por completo. (8)

2.4.2 SINTOMATOLOGIA E INTERCAMBIOS ENTRE MADRE E HIJO

Para Cohen J., Khan-Nathan J., Tordjman G. y Verdoux Ch. (1973) en Méndez Navarro G. (1988) todo ser vivo para desarrollarse necesita de ser alimentado, por medio de azúcares, sales minerales, etc. La madre por medio de la sangre transporta estos elementos nutritivos hacia el útero, donde la placenta selecciona los elementos necesarios y los transforma en alimentos que sean asimilables para el feto.

El cordón umbilical es el que transporta dichos alimentos al feto.

Para facilitar la comprensión del desarrollo fetal, se describen los episodios de la siguiente forma:

Primer mes: La mujer comúnmente ignora que se encuentra embarazada, el primer indicio de su estado es el retraso de la regla, pero esto puede ocurrir también como consecuencia de un viaje, cambio de clima o alguna otra emoción que pueda diferir el comienzo de la menstruación, es frecuentemente en el segundo mes cuando el médico le confirmará el estado de embarazo.

Segundo mes: La mujer experimenta molestias físicas como vómitos, molestias digestivas, náuseas, los senos aumentan de volumen, a veces se presenta escozor al orinar. Estos síntomas pueden estar ausentes o presentes durante el embarazo. -- El médico se dará cuenta de que existe embarazo por el aumento del volumen en el útero, y al observar el cuello uterino notará un tinte violáceo característico, debido a la abundante secreción de hormonas por la placenta.

Tercer mes: Aún no se perciben los movimientos fetales-- por la madre, la silueta no se ha modificado y frecuentemente los síntomas desaparecen al final del primer trimestre.

Cuarto mes: La madre percibe los movimientos del niño.

Quinto mes: El desarrollo fetal continúa y fácilmente se puede percibir por medio del estetoscopio, los latidos del corazón del niño.

Sexto mes: El feto continúa su desarrollo, nutriéndose por medio de la placenta.

Séptimo mes: El feto se coloca en la posición de cabeza-hacia abajo o hacia arriba, la cual no varía hasta el parto.

Octavo mes: El feto se encuentra en la misma posición -- que puede ser cefálica o pélvica.

Noveno mes: El feto concluye su maduración y se anuncia la probable fecha de parto. (9)

2.4.3 DIAGNOSTICO DE EMBARAZO

El diagnóstico de embarazo se puede llevar a cabo de la siguiente manera:

Síntomas de sospecha:

Durante el interrogatorio: Presencia de amenorrea, náuseas y vómitos, poliaquiuria, nictiuria, mastalgia, astenia, mareos, irritabilidad, somnolencia, deterioro del gusto y el olfato.

Durante la exploración física: Aumento de tamaño, sensibilidad y consistencia mamaria, pigmentación del pezón, calostro, pigmentación cutánea, de abdomen y de muslos. (10)

Para Benson R. (1985) también son síntomas de sospecha-- durante la exploración física la elevación de la temperatura, los efectos metabólicos, aumento de peso y constipación. (11)

Algunos síntomas de probabilidad son:

Durante el interrogatorio: Intensificación de algunos -- síntomas de sospecha, percepción de movimientos fetales por-- la paciente.

Durante la exploración física: Modificación en los órga-- nos pélvicos, aumento de peso corporal, cuerpo uterino globo-- so, irregularidad del fondo uterino y aumento de tamaño con-- amenorrea.

Mediante métodos de gabinete: Pruebas de laboratorio po-- sitivas, presencia de células naviculares (Papanicolaou).

Los síntomas y signos de certeza son:

Durante la exploración física: Presencia ante la auscul-- tación de latidos cardíacos fetales, percepción de partes fe-- tales por el médico, movimientos fetales comprobados por ex-- ploración.

Mediante métodos de gabinete: Actividad cardíaca presen-- te en el electrocardiograma fetal, latidos cardíacos fetales, esqueleto fetal por medio de rayos X, sombra fetal en ultraso-- nido. (12)

Los síntomas y signos de certeza del embarazo son de mucha importancia para el presente estudio, ya que por medio de ellos se llevará a cabo el diagnóstico operativo para la selección de pacientes.

2.5 ASPECTO SOCIAL

Menciona Deutsch H. (1947) que para la civilización antigua y la actualmente desarrollada en algunos pueblos, se le da mayor valor y reconocimiento a las mujeres fértiles. Para los pueblos primitivos, la esterilidad era considerada una maldición. Actualmente, la mujer debido a la sobrepoblación lleva a cabo el control de la natalidad, lo cual es bien visto por las sociedades desarrolladas y por el contrario se critica la fecundidad excesiva.

Esto se debe en gran parte porque la mujer es tomada en cuenta más como persona, que posee una libertad, intereses, ocupaciones; ha alcanzado valor por sí misma independientemente de los hijos que tenga. (13)

Para Sherman J. (1978) en el grado de aceptación de la mujer al embarazo, influyen factores importantes, como la situación económica favorable, la planificación familiar, etc.

Depres (1937) encontró que las mujeres que tenían actitudes más favorables al embarazo, eran mujeres con mayor estabilidad económica. (14)

Tilden V. (1983) realizó un estudio con 144 pacientes -- que se encontraban en el segundo trimestre de su embarazo, -- con el objeto de medir los factores de ansiedad, depresión, experiencias de vida, soporte social y autoestima. Los resultados exponen que el alto stress de vida y el bajo soporte social están relacionados con el desequilibrio emocional durante el embarazo. (15)

Guido M., Renzo R. y Andreoli C. (1986) realizaron un estudio similar en donde trataron de investigar que si los eventos de vida, la ansiedad (libre flotante y específica) el soporte social y el estado de discernimiento interactuaban con las complicaciones obstétricas, fueron utilizadas 319 pacientes en el sexto mes del embarazo. Los resultados confirman -- que las variables psicosociales pueden jugar un papel importante en las complicaciones del embarazo. (16)

Estudios similares hechos por Norbeck J. y Tilden V. --- (1983) en una población de 117 mujeres entre las doce y veinte semanas de gestación, mostraron una relación entre el --- stress de vida, soporte social y desequilibrio en el embarazo. El stress de vida se relacionó significativamente con las complicaciones en la gestación y en el infante. (17)

Por otra parte Mercer R. y Ferketich S. (1988) después de realizar un estudio similar con 371 mujeres embarazadas de alto y bajo riesgo y 222 de sus parejas encontraron que la mujer acepta más soporte social, tiene una red social más larga y presentó puntuaciones más altas de depresión que sus parejas durante el embarazo. (18)

Los factores sociales son muy importantes en el estado emocional de la mujer embarazada ya que situaciones económicas inestables, alteraciones en el tipo de estructura familiar y otros más, que pueden provocar repercusiones en la gestación.

2.6 ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES

Beauvior S. (1981) menciona que la mujer desde pequeña se enfrenta muy directamente a la maternidad, cuando se relaciona con sus hermanos pequeños o con las muñecas. Desde entonces se prepara para ser madre. Sin embargo durante la adolescencia, el deseo de fecundar a un bebé se convierte para ella en una situación ambivalente, ya que por una parte lo desea y por otra ésta representa una amenaza contra su integridad.

Existen algunos temores hacia el embarazo, como los que-

se refieren a la cuestión biológica de dar a luz, el sentimiento de incapacidad de cuidar y educar bien al hijo, etc.

En otras ocasiones, si la mujer se encuentra muy entregada a su carrera o trabajo, manifiesta poca atracción por convertirse en madre.

En algunos casos, la mujer trata de tener un hijo para conseguir apoyo, estabilidad matrimonial, para tener alguien en quien desplazar sus agresiones, entre otros. (19)

Para Barbero C. (1977) el embarazo como tal, trae consigo una serie de cambios biológicos y emocionales muy importantes, que otorgan a la mujer una maduración de su personalidad. (20)

Gran número de cambios físicos y psicológicos ocurren en cada una de las células y órganos que se disponen a proteger al pequeño organismo, hasta convertirse en protector y abastecedor de todas las necesidades del feto.

Todos los fenómenos fisiológicos adquieren una expresión a nivel psíquico y emocional. De la misma manera, los procesos orgánicos del embarazo, por sí solos generan la salida de situaciones de tipo emocional que quizá se encontraban ocultas y que surgen manifestando un contenido dinámico, no obs-

tante que no se encuentren ligadas directamente al embarazo-- como tal. (21)

Las actitudes de la mujer hacia su estado pueden ser múltiples, así como las causas que generan estas actitudes, sin embargo se piensa que la aparición de cualquier trastorno -- siempre trae consigo el rechazo del producto, ya sea por factores de inestabilidad económica, factores sociales, problemas en la relación de pareja y otros más. (22)

Un fenómeno somático común será utilizado para manifestarse ciertos contenidos psíquicos de cada mujer en particular, sin embargo se piensa que por medio de las náuseas, la mujer revive las fantasías de tipo oral de incorporación y expulsión. Psicoanalíticamente, estos síntomas manifiestan el rechazo de la mujer hacia el embarazo. Los eructos, antojos, ardores, etc., corresponden a una ambivalencia entre conservar y expulsar el producto. El estreñimiento y diarrea son tendencias del aparato digestivo, más graves que las anteriores y que pueden generar el aborto. Este rechazo podrá ser manifestado también por vía genital, por medio del descuido-- personal, etc. (23)

Si existe equilibrio de los mecanismos fisiológicos reguladores, las tendencias hostiles no se harán conscientes y - en el caso de que la madre realmente posea una identificación

y relación positiva hacia el niño, los procesos fisiológicos serán interpretados como manifestaciones propias del embarazo.

Las mujeres durante el embarazo tienden a experimentar - introversión, ya que sus energías psíquicas están centradas - en sí mismas. (24)

Existe además un aumento en la sensibilidad, irritabilidad y depresión. Esto se debe a que se encuentran experimentando un proceso de regresión y retracción libidinal. (25)

Sin embargo, otros autores opinan que más que regresiones, la mujer embarazada es dependiente y necesita ser apoyada en su estado. (26)

La mujer experimenta una serie de fantasmas hacia su hijo, como por ejemplo que tiene dentro de sí a su propia madre y siente deseos de expulsarla, experimentando después sentimientos de culpa hacia ella; que el hijo representa el pene - de su padre que le robó a su madre; regalarle un hijo a su padre, etc.; todo lo cual es de naturaleza inconsciente. (27)

La Posición esquizoparanoide en el embarazo, corresponde a albergar dentro de sí al feto como un triunfo sobre la madre y después surge el castigo por haberle quitado algo de ella. La posición depresiva es la parte reparadora, en donde

le devuelve a la madre lo robado por medio de un hijo sano, - como una forma de reparar el daño. (28)

La mujer por lo tanto puede experimentar múltiples actitudes frente a su estado, frecuentemente experimenta una posición ambivalente con respecto al niño, ya que siente que su cuerpo está enriquecido por poseerlo, pero también siente que el ser que habita dentro de ella la explota. También piensa que su hijo será un futuro héroe, un enfermo o un monstruo, - además del temor de perder la vida al dar a luz.

Puede experimentar también cierto equilibrio conforme el embarazo avanza y durante el último estadio los temores regresan pues teme separarse de su hijo, además del ya referido -- sentimiento de muerte, tanto de ella como del niño. Independientemente del tipo de personalidad que posea, existe en toda madre gran curiosidad con respecto a cómo será su hijo, el cual es hasta ese momento un desconocido para ella. (29)

ASPECTOS EMOCIONALES

Desde tiempos inmemorables, se ha considerado al embarazo como la culminación del desarrollo psicosexual de la mujer. Si la mujer desarrolló una educación sexual adecuada, si su desarrollo emocional durante la infancia y la adolescencia fue apropiado, si se adaptó correctamente a su matrimonio, se piensa que es una persona con una capacidad psicológica para ser madre. (30)

Sin embargo, factores como los cambios en la imagen corporal, conflictos psicológicos latentes activados, los efectos acumulativos de los cambios endocrinos, provocan cambios a nivel psíquico y emocional. (31)

En el primer trimestre del embarazo, es común observar síntomas físicos como náuseas, cansancio y vómitos, pero éstos no son graves y cuando se manifiestan en alto grado se puede pensar que la mujer sufre de depresión, ambivalencia, inestabilidad emocional o problemas familiares. El periodo de introspección es seguido por un deseo de obtener ayuda. (32)

La mujer no percibe su estado en forma objetiva y con el diagnóstico médico lo confirma aunque duda, más tarde se manifiesta objetivamente. (33)

En esta primera etapa es muy frecuente que existan conflictos en el estado emocional. (34)

Para algunos autores existe disminución del deseo sexual en este periodo. (35)

El segundo trimestre se caracteriza por la presencia de signos más observables del embarazo. La mujer presenta más seguridad en sí misma y más orientación hacia su marido. Han desaparecido algunos síntomas, habitualmente el deseo sexual-

aumenta en este periodo y es importante que las relaciones sexuales se continúen, ya que la mujer se encuentra muy necesitada de afecto. (36)

Durante el tercer trimestre, las molestias se incrementan nuevamente y se reducen por medio del sueño. (37)

Aumentan los sentimientos de dependencia e identificación con el recién nacido. La ansiedad también se incrementa. (38)

Las mujeres que son propensas a sufrir miedo, durante el parto, al existir hipertono del sistema nervioso simpático, restringe la llegada de sangre al músculo uterino y por ello se origina el dolor que persiste durante las contracciones y la relajación y se debe a la reducción de la irrigación sanguínea de las fibras neuronales, por ello se presenta una disminución de la energía muscular, espasmo tónico y como consecuencia una isquemia. (39)

Con las técnicas actuales de la medicina de inducción de anestesia, quien realiza el parto es el médico y no la madre, sin embargo, en muchos casos la mujer desea vivir su parte como logro personal. (40)

2.7 FUNCION DE LA PAREJA DE LA MUJER EMBARAZADA

El padre que se encuentra responsable de su paternidad, experimentará un sentimiento de orgullo, ya que el ser que dará a luz es alguien a quien él fue capaz de transmitirle la vida, y llevará su nombre. Sin embargo, puede sentir también temor por la responsabilidad que representa, pudiendo tener sentimientos egoistas al tener que compartir a su esposa con su hijo. Hacia ella experimentará preocupación por salud, a veces tendrá sentimientos de culpa por ser el causante de los sufrimientos y trastornos que ella manifiesta. (41)

Solfer R. (1970) agrega que durante el embarazo el esposo puede sufrir cierta ansiedad, que proviene del conflicto Edípico, manifestando una envidia inconsciente hacia el embarazo de su esposa por sentirse improductivo. Cuando este sentimiento es consciente el hombre puede mostrarse interesado en el proceso del embarazo y aunado a una previa identificación a su padre, le permitirá la elaboración del amor paternal. En el caso de que sea inconsciente, manifestará a la mujer coraje, indiferencia, rechazo sexual, infidelidad conyugal y síntomas psicossomáticos. También puede provocar en él la reactivación de antiguos conflictos no resueltos hacia la figura femenina, otorgándole a la mujer el papel de esposa idealizada o de madre castradora. (42).

Para Villalobos S. (1987) las reacciones del marido hacia el embarazo suelen ser variadas, desde la negativa de que la mujer esté embarazada hasta fusionarse biológicamente con ella para sentir el embarazo. (43)

Según Satterfield S. (1978) en ocasiones el esposo puede manifestar rechazo hacia el embarazo, percibiendo la situación como crisis donde existe miedo a enfermar, morir, tener problemas económicos y otros. (44)

La mujer tomará la actitud hacia el niño, dependiendo de la aceptación que el marido tenga hacia él. Como consecuencia entonces, lo recibirá afectuosamente o manifestándole no-aceptación al igual que el marido. (45)

La actitud de el esposo ante el embarazo y frente a la mujer son factores muy importantes para que ésta acepte o rechace su maternidad. (46)

Por lo tanto éste debe contribuir a brindarle apoyo a la mujer durante todo el periodo. (47)

NOTAS

CAPITULO II

- (1) Mondragón H, 1982. "Obstetricia Básica Ilustrada". México. Editorial Trillas. pp. 11-22.
- (2) Novak E, Jones S, Jones H., 1977. "Tratado de Ginecología". México. Editorial Interamericana. p. 22.
- (3) Ibidem pp. 86 y 87.
- (4) Mondragón H. Op Cit pp. 23-26.
- (5) Valderrama G, 1988. "Perfil Psicológico de pacientes del-
INPer con embarazo normal". Tesis de Licenciatura en Psj-
cología. U.N.A.M. México. p. 5.
- (6) Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1974. Méxi-
co. Editorial Salvat. p. 315.
- (7) Mondragón H. Op Cit pp. 27-32.
- (8) Ibidem pp. 33-41.
- (9) Méndez G, 1986. "Aspectos psicológicos de la mujer embara-
zada". Tesis de maestría en Ginecología. Instituto--
Nacional de Perinatología. Mayo. pp. 2-29.
- (10) Mondragón H. Op Cit p. 75.

- (11) Benson R. 1985. "Manual de Ginecología y Obstetricia". - México. Editorial El Manual Moderno. pp. 47,48,50 y 51.
- (12) Mondragón H. Loc Cit p. 75.
- (13) Deutsch H, 1960. "Psicología de la Mujer". Buenos Aires. Editorial Lozada. pp. 161-166.
- (14) Depres 1937. Cit por Sherman J. 1978. "Psicología de la Mujer". Madrid. Editorial Morova. pp. 206-208.
- (15) Tilden V, 1983. "The relation of life stress and social-support to emotional disequilibrium during pregnancy".-- Research in Nursing & Health. 6 (4). pp. 167-174.
- (16) Guido M., Renzo R., y Andreoli C., 1986. "Psychosocial -- stress and Obstetrical complication of pregnancy". Acta Obstet Gynecol Scand. Vol. 65. pp. 273-276.
- (17) Norbeck J., Tilden V., 1983. "Life stress, social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, multivariate study, J. of Health and-social Behavior. 24 (1). pp. 30-46.
- (18) Mercer R., Ferketich S., 1988. "Stress and social support of predictors of anxiety and depression during the pregnancy". Adv. in Nur Science. 10 (2). pp. 2-39.
- (19) Beauvior S, 1981. "El Segundo Sexo". Buenos Aires. Editorial Siglo XX. p. 259.

- (20) Barbero C, 1977. "Bosquejo de la Psicología del Embarazo y el Parto". Ginecología y Obstetricia de México. 42 --- (250). p. 91.
- (21) Deutsch H. Op Cit p. 125.
- (22) Langer M, 1988. "Maternidad y Sexo". México. Editorial - Paidós. p. 180.
- (23) Deutsch H. Loc Cit p. 125.
- (24) Ibidem p. 125.
- (25) Soifer R, 1971. "Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio". Buenos Aires. Editorial Kargerman. pp. 22-26.
- (26) Wener 1965 Cit. por Sherman J, 1978. "Psicología de la Mujer". pp. 216-217.
- (27) Deutsch H. Op Cit. p. 140.
- (28) Langer M. Op Cit p. 187.
- (29) Beauvior S. Loc Cit p. 259.
- (30) Méndez G, 1986. Op Cit p. 53.
- (31) Carnes J, 1983. "Psychosocial disturbances during and after pregnancy". Postgraduate Medicine. 73 (1) p. 135.
- (32) Villalobos S, 1978. "Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia". México. pp. 28-29.

- (33) Barbero C. Op Cit p. 92.
- (34) Handford, 1988 Cit por Sherman J, 1978. "Psicología de la Mujer" pp. 209-213.
- (35) Idem pp. 209-213.
- (36) Villalobos S. Op Cit pp. 29-31.
- (37) Satterfield S, 1978. "Psychological aspects of gynecology and obstetrics". Medical Economics Company Book. --- U.S.A. pp. 105-106.
- (38) Villalobos S. Loc Cit pp. 29-31.
- (39) Méndez G. Op Cit pp. 41-43.
- (40) Barbero C. Op Cit pp. 93-95.
- (41) Pernound 1979 Cit por Axelrod R, 1987. "La depresión - puerperal, un enfoque psicodinámico". Tesis de Maestría en Psicología. U.N.A.M. México. p. 39.
- (42) Soifer R. Op Cit pp. 30-38.
- (43) Villalobos S. Op Cit pp. 28-29.
- (44) Satterfield S. Op Cit p. 103.
- (45) Beauvior R. Loc Cit p. 103.
- (46) Axelrod R. Loc Cit p. 39.
- (47) Beauvior S. Loc Cit p. 103.

CAPITULO III

DEPRESION

Algunos de los principales transtornos emocionales que se presentan durante el embarazo son la depresión y la ansiedad, por lo que se realizará en los siguientes capítulos una recopilación de información concerniente a definiciones, clasificaciones, etiologías y sintomatologías; de estos transtornos, con el propósito de normar los criterios de clasificación que se utilizarán en el presente estudio. También se realizará una recopilación de los hallazgos encontrados de estos transtornos relacionados con el embarazo, descritos por varios autores.

3.1 DEFINICION DE DEPRESION

Según Kolb L. (1983) la depresión puede ser definida como: "Un tono afectivo de tristeza que puede variar desde el abatimiento ligero hasta la desesperación en grado extremo".-
(1)

La Academia Nacional de Medicina define a los transtornos depresivos como: "Transtornos mentales, generalmente recurrentes, que se caracterizan por una grave perturbación del -

talante, constituidos sobre todo por depresión y ansiedad". -

(2)

Cecil (1987) "Es un término que describe el estado de --
ánimo caracterizado por tristeza y melancolfa". (3)

Por su parte, Freud S. (1917) distingue dos conceptos:--
La melancolfa se caracteriza psíquicamente por un estado de--
ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el
mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibi
ción de todas las funciones y la disminución del amor propio.
En ella, la persona se encuentra inhibida, como consecuencia--
de la labor interna de pérdida, experimentando un empobreci--
miento del yo, ya que al perder el objeto, el sujeto experi--
menta la pérdida de su propio yo... El duelo es la reacción--
a la pérdida de un ser amado, o de una abstracción equivalen--
te... (4)

Se considera que en el duelo no existe perturbación del--
amor propio, y que desaparecerá por sí solo al paso del tiem--
po, ya que en él no existe perturbación del amor propio.

La labor del duelo se lleva a cabo de la siguiente mane--
ra:

1.- La realidad indica al individuo que el objeto amado--
no existe.

2.- Demanda a la libido que abandone ligaduras con dicho objeto.

3.- Existe una oposición al abandono de tales ligaduras, por lo cual se podrán tomar dos caminos: el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto, o que la realidad triunfe.

4.- Si ocurre lo segundo, se sustraerá paulatinamente la libido de los recursos y esperanzas que enlazaban a la libido con el objeto.

5.- El yo queda libre y exento de cualquier inhibición.

Por lo tanto, la melancolía posee un contenido más amplio y profundo que el duelo.

De la Fuente Muñiz R. (1959) expone que psicodinámicamente, la depresión se manifiesta por una actitud de concentración en sí mismo en donde el individuo pierde interés por situaciones externas.

Psicodinámicamente, es el resultado de la pérdida real o imaginaria para el individuo, sin embargo ésta debe ser temporal, adaptarse a la real situación de pérdida para el sujeto. En la depresión neurótica no existe relación en su manifestación con la situación real vivida por el sujeto y es entonces cuando el individuo manifiesta desaliento, inseguridad, trastornos del sueño y del apetito. Se dice que la pérdida-

interna para el individuo fue más grave que lo manifestado externamente en su vida. (6)

3.2 CLASIFICACION

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales DSM III (1983) clasifica a los trastornos depresivos en:

Transtornos Afectivos Mayores:

- Transtornos Bipolares: se trata de una enfermedad que comprende un trastorno depresivo maníaco y uno depresivo mayor.

- Depresión Mayor: Se caracteriza por sintomatología esencial, formada por un estado de ánimo disfórico, habitualmente de depresión y pérdida del interés en casi todas las actividades habituales.

Otros trastornos afectivos específicos:

- Transtorno Ciclotímico: Es una alteración crónica del estado de ánimo, con numerosos periodos de depresión e hipomanía, de dos años de duración como mínimo.

- Transtorno Distímico: Es una alteración crónica del estado de ánimo en la que existe una pérdida de interés en casi todas las actividades habituales, con dos años de duración como mínimo.

- Transtornos Afectivos Atípicos: Sin un patrón establecido.

- Transtorno Bipolar Atípico: Es una categoría para las personas con síntomas maníacos que por sus características no pueden ser clasificados con un trastorno ciclotímico o bipolar. (7)

Otra clasificación es la que realiza Vallejo J. (1984):

- Depresión Endógena: Es provocada por factores constitucionales-hereditarios, en donde los factores psicológicos y sociales sólo podían desencadenar una situación depresiva.-- Existe en los pacientes extrema inhibición, pudiendo llegar al sopor. La persona presenta dificultades al relacionarse con los demás, la personalidad premórbida es adecuada, el individuo presenta variaciones diurnas, inhibición psicomotriz, pérdida de peso, dificultad para la concentración, historia de fases depresivas anteriores, duración de menos de un año y curso favorable.

- Depresión Exógena: Se relaciona con factores ambientales o psicológicos. Suele presentarse acompañada de ansiedad, reactividad de los síntomas, autocompasión, presencia de desencadenantes, fluctuaciones somáticas, rasgos histéricos o hipocondríacos y curso desfavorable.

- Depresión Enmascarada: Trastorno en donde la sintomatología depresiva no se hace presente, se manifiesta con otros síntomas como: Cefaleas, parestesias, trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, circulatorios, etc.

- Depresión Somat6gena: Transtorno en donde la sintomatología depresiva es atribuida por una causa orgánica conocida. Se manifiesta por medio de somnolencia, adinamia y en casos - severos síntomas de afección orgánico-cerebral. (8)

Por su parte, Frazier S.H. (1964) emite otra clasificación:

- Normal-Patológica: Los síntomas depresivos pueden variar desde la normalidad a la psicosis. En la depresión normal, los síntomas depresivos pueden encontrarse adecuados a la situación de tristeza específica y en este caso serán de corta duración. En la depresión patológica, la duración e intensidad de la depresión no corresponde a la situación real, la persona manifiesta un estado de tristeza, desinterés, llegando conforme avanza a afectar áreas psicomotrices y cognitivas.

- Primaria-Secundaria: En la depresión primaria, por sí sola la depresión da lugar al síntoma clínico. Además incluye otras manifestaciones somáticas como dificultades en la alimentación, agitación, insomnio, pérdida de autoestima, desprecio y sentimiento de culpa. En la depresión secundaria, ésta puede acompañar a otros trastornos como neurosis obsesivo-compulsiva y otros.

- Neurótica-Psicótica: Es definida neurótica cuando se encuentra intacta la facultad para evaluar la realidad. No existen delirios ni alucinaciones, que si existiesen aunadas-

con distorsiones en la interpretación de la realidad, se consideraría psicótica.

- Exógena-Endógena: La primera es precipitada por los -- eventos del medio ambiente perceptibles. La segunda, es presentada sin un factor externo evidente, surge espontáneamente, con tendencia a la repetición.

- Psicosis Maníaco-Depresiva: Alteración de tipo psíquico, que aparece aproximadamente entre los veinte y treinta -- años, se puede presentar en forma alterna o sólo con episodios maníacos. Tiene un determinante frecuente de tipo genético.

- Melancolía Involuntiva: Es de tipo psicótico, presentándose durante el climaterio. Suele presentarse con angustia-- y agitación, así como ideas delirantes. Es causada por factores genéticos, desequilibrio endócrino y procesos psicológicos.

- Depresión Post-parto: Se cree que se presenta como respuesta al temor a la maternidad. Suele presentarse en el período entre tres semanas y tres meses posteriores al parto.

- Depresión Anaclítica: Ocurre en el recién nacido cuando carece de contacto materno en forma repentina. Se presenta falta de interés, insomnio, aprehensión, falta de apetito y otros síntomas similares. (10)

Otra clasificación divide la depresión en: Depresión Neurótica, psicosis maníaco-depresiva, melancolía involuntiva, --

reacción depresiva psicótica, depresión post-quirúrgica, depresión durante el embarazo, depresión provocada por enfermedades cardiovasculares, depresión en pacientes con cardiopatías, depresión provocada por enfermedades virales, depresión en ancianos, depresión en alcohólicos y depresión por drogas. (11)

3.3 ETIOLOGIA

La depresión puede ser causada por:

- Factores biológicos: La herencia es un factor importante, así como los factores bioquímicos, ya que se cree que la perturbación del humor está relacionada con el uso de aminas bioenergéticas que actúan como neurotransmisores en el Sistema Nervioso Central. (12)

Al respecto, Caso A. (1984) manifiesta que existe un trastorno en el metabolismo de la norepinefrina y serotonina. (13)

- Factores sociales: Por pérdidas de objetos o seres queridos, o factores triviales.

Mendels (1977) menciona como factores de predisposición:

- Factores genéticos.

- Presencia de personalidad deprimida.
- Carencias infantiles o tensiones afectivas en el periodo crucial del desarrollo.
- Desarrollo de una condición de respuestas "no soy bueno" como consecuencia a estímulos.
- Factores de precipitación como stress o angustia.
- Miedo al éxito o exceso de frustraciones. (14)

3.4 SINTOMATOLOGIA

Area afectiva: El individuo se siente triste, melancólico, incapacitado para demostrar afectos positivos, manifiesta ausencia de interés por las cuestiones de la vida, con sentimiento de culpa, angustia y cierto grado de agitación psicomotriz.

Area cognitiva: El pensamiento se encuentra afectado, -- presenta dificultades para concentrarse, la autocrítica es rígida, posee dificultades para expresarse, una ideación pobre, autodevaluación e ideas suicidas.

Area fisiológica: Se presentan alteraciones en el sueño, en el apetito y en general se encuentran implicados todos los sistemas del organismo.

Por tanto se encuentran alteraciones a nivel personal, familiar, social, etc. (15)

3.5 DEPRESION Y EMBARAZO

Dentro de los cambios emocionales que presenta la mujer durante el embarazo se encuentra la depresión, es cierto que existe un aumento en la sensibilidad, por lo tanto frecuentemente se deprimen y se sienten irritables, psicoanalíticamente se piensa que este estado se debe a que la mujer experimenta una regresión, además de que retrae la libido hacia ella misma, permaneciendo unida sólo parcialmente hacia el exterior. (16)

La depresión puede presentarse en los primeros estadios del embarazo, ya que la mujer se siente necesitada de ayuda, además de que nuevas expectativas exceden su capacidad adaptativa. (17)

Otros autores han encontrado depresión durante el primer trimestre. (18)

Sin embargo, este estado puede prevalecer hasta fases tardías del embarazo, lo cual indica mayores problemas emocionales. (19)

Los niveles de depresión en el embarazo pueden influir en el feto mediante cambios en el sistema endócrino, ya que se sabe que tales efectos son producidos por el flujo de adrenalina, que pasa de la placenta hacia el feto llegando a alterar su ambiente. (20)

Jarrahi A. (1969) realizó un trabajo con 86 mujeres blancas para probar su estado emocional, su funcionamiento cognitivo durante los últimos meses del embarazo y el parto. La mitad de la muestra presentó falta de sueño, labilidad, ansiedad, inquietud y sentimientos depresivos. Los problemas emocionales se hicieron presentes en mayor grado para la mujer - multípara. (21)

En otro estudio realizado por Kane F., Harman W. y Kee- ler M. (1968) con 137 pacientes obstétricas, mostraron eviden- cias subjetivas de ansiedad, depresión y disfunciones cogniti- vas en un 64%, también presentaron alteraciones en el humor y semejanza en signos clínicos vistos en síndromes cerebrales - penetrantes, pero menores en grado. (22)

Kumar R. y Robson K. (1978) realizaron un estudio con -- 119 mujeres embarazadas entre las 12 y 36 semanas de sus emba- razos, los resultados muestran una incidencia de depresión -- más alta en el primer trimestre del embarazo, mostrando el -- 20% de la muestra disturbios neuróticos clínicamente signifi-

cativos. Que se deben a una posible reactivación de una ---
aflicción que fue previamente suprimida. (23)

Por su parte, O'Hara M. (1986) realizó un estudio con 99
mujeres durante el segundo trimestre del embarazo y en el ---
puerperio (nueve semanas después del parto) donde se trataba-
de encontrar la depresión no psicótica, el stress de vida y -
el soporte social. Los resultados manifiestan que el 9% de -
las mujeres se encontraban deprimidas durante el embarazo y-
12% se encontraron deprimidas en el postparto. (24)

NOTAS

CAPITULO III

- (1) Kolb L, 1983. "Psiquiatría Clínica Moderna". México. Editorial La Prensa Médica Mexicana. p. 164.
- (2) Academia Nacional de Medicina, 1988. "Tratado de Medicina Interna". México. Editorial El Manual Moderno. p. 786.
- (3) Cecil, 1987. "Tratado de Medicina Interna". México. Editorial Interamericana. p. 2253.
- (4) Freud S, 1917. "Duelo y Melancolía". Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. P. 2091.
- (5) Ibidem p. 2092.
- (6) De la Fuente R, 1959. "Psicología Médica". México. Editorial Fondo de Cultura Económica. p. 216.
- (7) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales, 1983. Barcelona. Editorial Masson. pp. 234-235.
- (8) Vallejo J.R, 1984. "Síndromes Depresivos". Tratado de Medicina Práctica Medicine. Ago (356). pp. 114-115.
- (9) Frazier S.H, 1964. "Qué es la Psicopatología". Buenos Aires. Editorial Lidiun. pp. 9-11.
- (10) Idem

- (11) Caso A, 1984. "Fundamentos de Psiquiatría". México. Editorial Limusa. P. 113.
- (12) Academia Nacional de Medicina. Op Cit p. 788.
- (13) Caso A. Loc Cit p. 113.
- (14) Mendels J, 1977. "La Depresión". Barcelona. Editorial -- Herder. p. 102.
- (15) Academia Nacional de Medicina. Loc Cit p. 788.
- (16) Langer M, 1988. "Maternidad y Sexo". México. Editorial - Paidós. p. 184.
- (17) Carnes J, 1983. "Psychosocial disturbances during and -- after pregnancy". Postgraduate Medicine. 73 (1) p. 136.
- (18) Sherman J, 1978. "Psicología de la Mujer". Madrid. Editorial Morova. pp. 213-215.
- (19) Carnes J. Loc Cit p. 136.
- (20) Mc Donald (1968), Ferreira (1965), Kelly (1962) Cit -- por Valderrama G. 1988. "Perfil psicológico de pacientes del Instituto Nacional de Perinatología con un embarazo de curso normal". Tesis de Licenciatura en Psicología. - U.N.A.M. México. p. 42.
- (21) Jarrahi A, 1969. "Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium". B J of Psychiatry. 115 (524) pp. 797-805.

- (22) Kane F.J., Harman W.J., Keeler M, 1968. "Emotional and-cognitive disturbance in the early puerperium". B J Psy-chiatry. 114 (506).pp. 99-102.
- (23) Kumar R., Robson K, 1978. "Previous induced abortion and antenatal depression in primiparae: Preliminary report - of a survey of mental helth in pregnancy". Psychological Medicine. 8 (4). pp. 711-715.
- (24) O'Hara M.W, 1986. "Social Support, Life Events and De--pression during Pregnancy and the Puerperium". Arch Gen-Psychiatry. 43 (569). pp. 160-161.

CAPITULO IV

ANSIEDAD

4.1 DEFINICION DE ANSIEDAD

Para definir el término de ansiedad o angustia, es necesario definir algunos términos similares.

Stress se refiere "a la respuesta del organismo ante demandas internas que lo sitúan en los límites de su capacidad de adaptación". (1)

El miedo se refiere a "una emoción que se origina en respuesta a una situación concreta en el paciente, que el sujeto percibe como peligrosa en términos de los recursos que estima tener para contender con ella". (2)

En la angustia existe una sensación de amenaza confusa, hasta cierto punto desconocida, sin causa aparente. Paraliza al sujeto impidiéndole realizar la huida ante el peligro. A diferencia del miedo que desencadena una acción con el fin de escapar de una situación amenazante. (3)

Se define también como "una respuesta global de la personalidad, en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada. (4)

Freud S. (1933) define a la angustia como "un estado -- afectivo, o sea, una unión de determinadas sensaciones de las

series placer-displacer con las inervaciones de descarga a --
ellas correspondientes y su percepción..." (5)

También puede ser definida como:

Un estado de tensión que revela la posibilidad de un de--
sastre inminente, como una señal de peligro que nace de la --
presión de las actitudes internas inaceptables, que surgen de
pronto en la conciencia y en forma de acción, con las conse--
cuentes respuestas de la personalidad individual o de la so--
ciedad a dicha erupción. (6)

Los términos angustia y ansiedad son utilizados en forma
indiscriminada por algunos autores.

4.2 CLASIFICACION DE ANSIEDAD

Existen varias clasificaciones para la ansiedad: La cla--
sificación que emite el Manual de Diagnóstico y Estadístico -
de los transtornos mentales (DSM-III) y en 1983 divide a los--
transtornos de ansiedad en:

- Transtornos fóbicos y sus variantes: en donde el rasgo
característico es el miedo irracional y persistente a un obje
to, actividad o situación que provoca un deseo de evitarlo.

Estados de ansiedad, que se dividen en:

- Transtornos por angustia: poseen como rasgos esenciales las crisis de angustia recurrente, que se presentan en formas impredecibles, aunque pueden asociarse a otras situaciones. Se definen por la aparición repentina de miedo o temor asociado a un castigo inminente.

- Transtorno por ansiedad generalizada: que presenta signos específicos como tensión motora, hiperactividad vegetativa, espectación aprehensiva y vigilancia. Tiene duración de menos de un mes.

- Transtorno Obsesivo-compulsivo: Tienden a presentarse obsesiones y compulsiones recurrentes, frecuentemente se acompañan de ansiedad y depresión.

- Transtornos por stress post-traumático: Los agudos, tienen síntomas que se inician durante los seis meses posteriores al trauma y duran menos de seis meses. En los crónicos la duración de sus síntomas es mayor de seis meses y el comienzo de éstos se presenta por lo menos seis meses después del trauma.

- Transtornos por ansiedad atípicos: Que se denominan cuando no se presenta ninguno de los transtornos anteriores.-(7)

Otra clasificación divide a la angustia en dos tipos, en angustia real y neurótica; en la primera se observa una reacción aparente comprensible al peligro, esto es, aun daño temi

do que procede del exterior. La angustia neurótica resulta ser enigmática e inadecuada.

De la disposición de la angustia se desarrollará la reacción de angustia, que a su vez puede tener dos fines: o bien el desarrollo de la angustia, la repetición de la vivencia -- traumática ya vivida, que se limita a una señal, y la reacción restante puede adaptarse a la nueva situación de peligro que se presenta; en el otro caso predomina lo anteriormente vivido y la angustia se hace paralizante e inadecuada al estado afectivo que se da en el presente.

La angustia neurótica se puede observar en distintas circunstancias:

1.- Como angustia general, susceptible a enlazarse a --- cualquier posibilidad emergente.

2.- Vinculada a determinadas relaciones, donde la relación con el peligro exterior se considera desmesurada ante el mismo.

3.- La que surge como estado más duradero, sin fundamento observable en algún peligro exterior, como en el caso de - las formas graves de neurosis o histerias. (8)

Otra forma en que se clasifica la ansiedad o angustia es:

- Normal-patológica: Se considera normal cierto grado de angustia, ya que en nuestra cultura y sociedad actual existen peligros reales, y el poseerla proporciona al individuo la capacidad para alcanzar metas y objetivos, dirigiéndose a un objeto determinado.

En ciertas ocasiones, cuando se presenta en forma excesiva puede provocar alteraciones en el individuo, que lo hacen actuar de forma inapropiada.

- Neurótica-Psicótica: En la neurótica, la realidad y su apreciación no se encuentran deterioradas, en la psicótica -- existe una distorsión de la realidad. (9)

También puede clasificarse en:

- Angustia generalizada: estado de ansiedad que no es -- creado por ningún estado físico o mental.

- Ataques de pánico: o crisis de angustia, son provocadas porque surgen súbitamente sin motivos reales. La persona teme generalmente sufrir una desgracia, morir o perder la conciencia. (10)

4.3 ETIOLOGIA

Filogenética y ontogenéticamente se sitúa a la angustia-- como una defensa de que está dotada la persona u organismo --

para protegerse de los peligros que podrían destruir su organización.

Se cree que el precursor más arcaico de estas reacciones de protección es el protoplasma y cuando los organismos son más complejos, adquieren la capacidad de sentir dolor, lo que les permite reaccionar ante el peligro.

En el desarrollo filogenético, especies más complejas -- han adquirido formas para protegerse de peligros con anticipación.

La reacción de sobresalto descrita por Landis y Hunt --- (1939) es una respuesta del organismo no aprendida, que ocurre cuando un estímulo no integrado y violento se hace presente desde las primeras semanas de vida, en este aspecto puede ser reconocida la pauta precursora de la angustia en el desarrollo ontogenético.

Al principio, el niño reacciona ante los estímulos peligrosos en forma indiferenciada, posteriormente al distinguir las situaciones de peligro, su respuesta defensiva se encontrará condicionada.

Se dice que la angustia es menos diferenciada que el miedo y menos desarrollada en el aspecto ontogenético. (11)

"La causa más ordinaria de la neurosis de angustia es la excitación frustrada, una excitación libidinosa es provocada pero no satisfecha, no utilizada y en lugar de esta libido -- desviada de su utilización surge la angustia". (12)

Se piensa que la angustia frecuentemente es activada o reactivada por un suceso actual, pero tiene sus antecedentes en situaciones vividas en su infancia, sin embargo no en todas las ocasiones se le puede dar una explicación psicológica, ya que en las enfermedades orgánicas es provocada por otros factores. (13)

Otro autor distingue a los factores causantes de la angustia en:

Biológicos: Se piensa que los factores hereditarios juegan un papel importante en la etiología de la angustia. Manifestaciones fisiológicas presentes en este trastorno, como el incremento de adrenalina, colesterol, cortisol y ácidos grasos en la sangre, son los responsables de la activación del sistema nervioso simpático y la médula suprarrenal. Existen algunos datos experimentales que refieren que la elevación del lactato en el suero y la activación androgénica periférica pueden producir manifestaciones clínicas de difícil distinción con las presentadas en la angustia.

La historia personal del individuo, la etapa de su vida por la que se encuentre pasando, su dotación genética y otros factores marcan las diferencias en este trastorno. (14)

El tipo de personalidad que posea un individuo puede hacerlo más o menos susceptible a presentar este trastorno --- cuando se vea obligado a enfrentarse a situaciones difíciles. (15)

4.4 SINTOMATOLOGIA

Las manifestaciones de la ansiedad pueden dividirse en tres grandes grupos:

1.- Alteraciones de tipo intelectual, en las cuales el individuo no puede utilizar sus capacidades adecuadamente, -- mostrando dificultades en la atención, concentración, memoria, etc.

2.- Alteraciones de tipo conductual, en las que el individuo presenta sentimientos de temor, miedo, aprehensión, etc.

3.- Alteraciones de tipo somático, que se pueden presentar por medio de trastornos digestivos, respiratorios, temblores, debilidad, cefaleas, dolores musculares, letargo, disminución de la libido, elevación de la tensión arterial, etc.

(16)

Algunos cambios que también se presentan durante la ansiedad son:

Disminución de la resistencia y temperatura del sistema-cutáneo, incrementándose la secreción sudorípara, de origen-simpático.

Aumento respiratorio en frecuencia y profundidad.

Hipertonía muscular.

Actividad tiroidea y del metabolismo basal aumentada, -- con elevación de secreciones de adrenalina y noradrenalina.

Incremento de glóbulos rojos en sangre.

Incremento de presión arterial.

Incremento o disminución de la motilidad del tracto intestinal. (17)

4.5 ANSIEDAD Y EMBARAZO

Durante el embarazo, es muy común que la mujer presente-ansiedades, que pueden variar en intensidad y frecuencia, pudiéndose observar como manifestaciones de miedo, temores por-medio de síntomas orgánicos e incluso en casos severos provocar abortos o partos prematuros. Al principio del embarazo, la mujer muestra ansiedad debido al retraso menstrual, lo ---cual le provoca una sensación de incertidumbre. Poco después, la presencia de síntomas como náuseas y vómitos también pueden ser para ella una fuente de angustia.

Los movimientos fetales son también para la mujer motivos de ansiedad, pudiendo experimentar culpa con fantasmas de tipo masturbatorio e incestuoso de la infancia.

De la misma manera los cambios corporales son fuentes de conflicto, que le otorgan una sensación de deformidad e incapacidad de atraer al marido, tal temor se intensifica por las modificaciones en la actividad sexual de la pareja. (18)

Hiest manifiesta que las mujeres embarazadas poseen mucho miedo de suspender sus relaciones sexuales, ya que es probable que el esposo no esté de acuerdo con ello y en el caso de continuarlas temen perder al producto. (19)

La mujer experimenta fantasmas de perder al bebé durante el embarazo, la observación clínica expresa que las posiciones patológicas adoptadas por el feto se deben en muchos casos a la contractura del músculo pélvico.

Se pueden presentar durante el embarazo alteraciones psicósomáticas como hipertensión, lipotimias, hiperemesis, diarrea, constipación, edemas, calambres, etc. Que se encuentran manifestando inconscientemente deseos de expulsión y retención del producto y todos ellos traen consigo ansiedad.-- (20)

Al respecto Mc Donald R. y Christakos A. (1963) realizaron un estudio para determinar las características de personalidad en 86 mujeres blancas con complicaciones y sin complicaciones obstétricas. Los resultados experimentaron una ansiedad considerable las mujeres con complicaciones obstétricas, además de alteraciones y evidencias de grandes grados de neurosis. (21)

La ansiedad del embarazo parece también estar relacionada con las complicaciones durante el nacimiento. Davids A. y De Vault S. (1962) realizaron un estudio con 50 pacientes en el tercer trimestre del embarazo, en donde encontraron que -- las mujeres que experimentaron dificultades y complicaciones en el nacimiento fueron marcadamente más ansiosas durante el embarazo. (22)

Molfese V., Bricker M. y Manion L. (1977) hicieron un estudio con 133 mujeres embarazadas en donde presenciaron que -- las madres sujetas a trastornos emocionales como ansiedad, depresión y menor soporte social, correlacionaban con niños-- con Apgar bajo al primer minuto. (23)

La mujer también presenta ansiedades con respecto a que su hijo muera, a morir en el parto, a quedar deforme, etc.; -- las cuales se intensifican en la última etapa. También surgen responsabilidades hacia la educación y cuidado del niño-- lo cual provoca temor. (24)

Con respecto al trimestre del embarazo Lubin B., Gardner S. y Roth A. (1975) llevaron a cabo un estudio con 93 pacientes embarazadas en donde trataron de encontrar si existían diferencias somáticas o de humor con relación a la historia previa de embarazos y el trimestre que se encontraban cursando, los resultados mostraron que la ansiedad aumenta en el primero y tercer trimestre, disminuyendo en el segundo, mientras la depresión no fue afectada significativamente por ninguna de las fuentes de variación. (25)

En otra investigación similar realizada por Grimm E. (1961) para conocer el grado de tensión psicológica en 200 mujeres, durante su cuadragésima semana de gestación. Los resultados mostraron que la ansiedad aumenta en el último trimestre, así como la relación entre el peso ganado y extensión del trabajo de parto en multíparas. (26)

La edad es también un factor de importancia en la presencia o ausencia de ansiedad, al respecto Welles B.L., Nystrom y Chateau (1987) hicieron un estudio con 60 mujeres primíparas en edades de veinte a veintinueve y de treinta a treinta y nueve. Los resultados mostraron que madres de mayor edad fueron más ansiosas durante el embarazo y con más temores a considerar su transmisión de la maternidad como problemática. Otros aspectos observados fueron la mayor planeación del embarazo y el menor peso con que nacían los hijos de las mujeres de mayor edad. (27)

Otros factores que influyen según Zajick E. y Wolkind S. (1978) en la ansiedad de la mujer ante el embarazo es el tipo de vida que realizó anteriormente, atribuyéndole mayor grado de ansiedad en las mujeres que tuvieron una vida inmoral antes del embarazo. (28)

Con respecto a la uniparidad y la multiparidad, las mujeres primíparas muestran más miedo hacia el embarazo, en relación con su propia persona y en relación con el niño, que las mujeres que han dado a luz en otras ocasiones. (29)

La mujer múltipara muestra menos temor a los movimientos fetales que la primípara. (30)

Nelson W.M., Gulmak J. y Politano P.M. (1986) elaboraron un estudio donde trataron de encontrar diferencias de personalidad en mujeres solteras embarazadas, sexualmente activas y no embarazadas con un grupo de mujeres primigestas y multigestas, utilizando las escalas del MMPI. En los resultados se observó que en la escala de psicastenia fue más alto el grupo de embarazadas, y las escalas de esquizofrenia e hipocondriasis fue mayor en las primigestas. El grupo de primigestas y multigestas resultó más ansioso que el grupo de no embarazadas, presentando las multigestas menor interés con respecto a su salud y funcionamiento corporal. Los dos grupos de mujeres embarazadas tendían a sentirse más aisladas, inferiores, incomprendidas, que las mujeres no embarazadas. (31)

Sin embargo, aunque los estudios anteriores nos hablan-- de trastornos emocionales durante el embarazo, donde frecuen-- temente se hace presente la ansiedad, parece atenuarse duran-- te este periodo la severidad de ciertos transtornos de ansie-- dad, como son los ataques de pánico, así, George D., Lodenheim J. y Nutt D. (1987) estudiaron tres casos de mujeres para co-- nocer la relación de los ciclos menstruales y el embarazo, -- con la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico. Ta-- les mujeres habfan sido diagnosticadas previamente con este-- padecimiento; en los tres casos se mostró una atenuación de-- la severidad y la frecuencia del pánico durante el embarazo.- (32)

Todos los estudios e investigaciones anteriormente men-- cionados, independientemente de la dirección que sigan, resu] tan importantes evidencias de la presencia de transtornos emo-- cionales en el embarazo, que trascienden no sólo en la mujer, sino también en el bebé en la familia y en el medio social-- que la rodea.

NOTAS

CAPITULO IV

- (1) Academia Nacional de Medicina. 1988. "Tratado de Medicina Interna. México. Editorial El Manual Moderno. p. 784.
- (2) Idem
- (3) Idem
- (4) De la Fuente R, 1959. "Psicología Médica". México. Editorial Fondo de Cultura Económica. P. 154.
- (5) Freud S, 1933. "La angustia y la vida instintiva". Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. p. 3146.
- (6) Kolb L, 1983. "Psiquiatría Clínica Moderna". México. Editorial Prensa Médica Mexicana. p. 106.
- (7) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales, 1983. Barcelona. Editorial Masson. pp. 237-252.
- (8) Freud S. Op Cit p. 3147.
- (9) Frazier S.H, 1964. "Qué es la Psicopatología". Buenos Aires. Editorial Lidiun. pp. 22-24.
- (10) Academia Nacional de Medicina. Op Cit p. 285.
- (11) De la Fuente R. Loc Cit p. 154.

- (12) Freud S. Loc Cit p. 3147.
- (13) Academia Nacional de Medicina. Loc Cit p. 285.
- (14) Idem
- (15) Caso A. 1984. "Fundamentos de Psiquiatría". México. Editorial Limusa. p. 97.
- (16) Cecil, 1987. "Tratado de Medicina Interna". México, Editorial El Manual Moderno. p. 2252.
- (17) Axelrod R, 1987. "La Depresión Puerperal: Un enfoque psicodinámico". Tesis de Maestría en Psicología. U.N.A.M.-- México. pp. 86-87.
- (18) Soifer R, 1971. "Psicología del embarazo, parto y puerperio". Buenos Aires. Editorial Kargerman. pp. 30-38.
- (19) Méndez G, 1986. "Aspectos Psicológicos de la Mujer Embarazada". Tesis de Maestría en Ginecología y Obstetricia. Instituto Nacional de Perinatología. Mayo. México. pp. 56-57.
- (20) Soifer R. Op Cit pp. 39-47.
- (21) Mc Donald R., Christakos A, 1963. "Relationship of emotional adjustment during pregnancy to obstetric complications". Am J Obstet and Gynec. 86 (3). pp. 341-347.
- (22) Davids A., De Vault S, 1962. "Maternal anxiety during pregnancy and childbirth abnormalities". Psychosomatic Medicine. 24 (5) pp. 464-470.

- (23) Molfese V., Bricker M., Manion L., Beadnell B et al, ---
1977. "Anxiety, depression and stress in pregnancy: A --
multivariate model of intra-partum risks and pregnancy -
outcomes". J of Psychosomatic Obst and Gynec. 7 (2). ---
pp. 77-92.
- (24) Soifer R. Op Cit p. 52.
- (25) Lubin B., Gardener S., Roth A, 1975. "Mood and somatic -
symptoms during pregnancy". Psychosomatic Medicine. 37 -
(2). pp. 136-145.
- (26) Grimm E, 1961. "Psychological tension in pregnancy". ---
Psychosomatic Medicine. 23 (6). pp. 520-527.
- (27) Welles B., Nystom., Chateau, 1987. "Maternal age and ---
transmission to motherhood: Prenatal and perinatal assess
ments". Acta Psychiat Scand. 76 (6). pp. 719-725.
- (28) Zagicek E., Wolkind S, 1978. "Emotional difficulties in-
married women during and after the first pregnancy". Br-
J Med Psych. 51 (4). pp. 86-90.
- (29) Sherman J, 1978. "Psicologia de la Mujer". Madrid. Edito
rial Morova. p. 213.
- (30) Soifer R. Op Cit pp. 30-38.
- (31) Nelson W.M., Gulmak J., Politano P.M, 1986. "MMPI diffe
rences in various populations of the unked mother". J of-
Clin Psychology. 42 (1) pp. 226-237.

- (32) George D., Ladenheim J., Nutt D, 1987. "Effect of pregnancy on panic attacks". Am J of Psychiatry. 144 (8). -- pp. 1078-1079.

ASPECTOS METODOLOGICOS

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General:

El objetivo del presente estudio es el de comprobar la diferencia que existe en la presencia de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas primíparas, multíparas y no embarazadas.

Objetivos Específicos:

1) Medir la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas primíparas, multíparas y no embarazadas.

2) Medir la frecuencia de ansiedad existente en las mujeres embarazadas primíparas, multíparas y no embarazadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que diversos autores han encontrado que existen trastornos emocionales durante el embarazo, entre los cuales se citan la ansiedad y la depresión, se desea conocer si: -- Existe diferencia en la presencia de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas primíparas, multíparas y no embarazadas; y si la ansiedad y depresión se asocian ?

HIPOTESIS

- H1 - Existe diferencia en la presencia de depresión en mujeres embarazadas primíparas, multíparas y no embarazadas.
- H2 - Existe diferencia en la presencia de ansiedad en mujeres embarazadas primíparas, multíparas y no embarazadas.
- H3 - Existe relación en el grado de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas primíparas y mujeres embarazadas multíparas.

DEFINICION DE VARIABLES

Variables Independientes:

Embarazo:

Definición Teórica: "Periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto". Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, (DTCM).

Definición Operacional: Mujer que presenta los siguientes criterios de certeza: Auscultación de latidos cardíacos fetales, o percepción de partes fetales, o movimientos fetales comprobados por medio de la exploración, o actividad cardíaca presente en electrocardiograma fetal, o sombra fetal en

el ultrasonido, o esqueleto fetal por medio de rayos X y que se encuentre después de la 26 semana de gestación, de acuerdo con la fecha de la última menstruación. (Mondragón H. 1982).

No embarazo:

Definición teórica: "Mujer en la que no se ha realizado la fecundación de ningún óvulo" (DTCM).

Definición Operacional: Mujer que no cumpla con los criterios de certeza mencionados anteriormente.

Primípara:

Definición Teórica: "Mujer que parirá por primera vez".- (DTCM).

Definición Operacional: Persona que de acuerdo a los antecedentes ginecobstétricos, informados por ella misma, no -- tenga ningún hijo vivo.

Multípara:

Definición Teórica: "Mujer que ha parido varias veces".- (DTCM).

Definición Operacional: Persona que de acuerdo a los antecedentes ginecobstétricos informados por ella misma, tenga uno o más hijos vivos.

VARIABLES Dependientes:

Depresión:

Definición Teórica: "Transtorno caracterizado por disminución del tono afectivo, tristeza o melancolía". (DTCM).

Definición Operacional: Probabilidad de que se presente depresión en el grupo de mujeres embarazadas primíparas, multiparas y no embarazadas. Tal probabilidad será medida por medio del Inventario para la medición de la Depresión de Beck, considerándose un nivel significativo a partir de 13.

Ansiedad:

Definición Teórica: "Actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza". (Diccionario de Psicología).

Definición Operacional: Se considerará presencia de ansiedad estado-rasgo a la(s) persona(s) que obtuviera(n) un puntaje superior a 50 en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE.

VARIABLES EXTRAÑAS Y METODOS DE CONTROL

El control de variables extrañas se llevó a cabo proporcionando a la muestra de mujeres embarazadas primíparas, mul-

típaras y no embarazadas las condiciones adecuadas para la --
realización del estudio:

a) Ambiente propicio: El cual se logró realizando la ---
aplicación de los instrumentos en un consultorio cómodo, lim-
pio, independiente y libre de ruidos extraños, para evitar --
que existieran distractores.

b) Tiempo adecuado: Se aplicaron los instrumentos a to--
das las mujeres de dicho estudio después de la consulta con -
el médico, para que éstas se encontraran libres de presiones-
con respecto a la hora de su cita.

c) Se evitó la presencia de cualquier persona acompañan-
te, o cualquier persona ajena durante la aplicación de las --
pruebas, con el fin de eliminar contaminaciones en la respues
ta.

Criterios de Eliminación:

a) Se eliminó de la muestra a toda paciente que no con--
testara totalmente alguno de los instrumentos requeridos.

b) A cualquier persona que en sus respuestas se viera in
fluenciada por la opinión de otra.

Constancia de Condiciones:

Todas las personas de la muestra se sometieron a las mis
mas condiciones:

a) Se realizó el estudio en el mismo consultorio a todas
las mujeres.

b) Las pacientes fueron entrevistadas por el mismo entrevistador para evitar variabilidad en la aplicación del mismo. El entrevistador llevó a cabo el mismo orden en la aplicación de los instrumentos, y proporcionó a las mujeres información semejante tratando de evitar alguna influencia sobre la respuesta.

c) Todas las mujeres acudieron a la aplicación durante el turno matutino, y el tiempo de duración de la entrevista fue de 30 min.

d) La aplicación se llevó a cabo en forma individual para todas las mujeres de la muestra.

METODOLOGIA

MUESTRA DE INVESTIGACION

Población de 75 pacientes que acudieron a consulta externa a las clínicas 31 y 43 de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La muestra fue dividida en tres grupos: 25 mujeres embarazada primíparas, 25 mujeres embarazadas multíparas y 25 mujeres no embarazadas.

Los criterios de inclusión para los grupos de mujeres embarazadas fueron:

- 1) Edades entre 20 y 30 años.
- 2) Nivel socioeconómico medio bajo.
- 3) Estado civil casada o con pareja permanente.
- 4) Grado de escolaridad mínimo de primaria terminada.
- 5) Curso del embarazo sin complicaciones.

El grupo de mujeres no embarazadas cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Edades de 20 a 30 años.
- 2) Nivel socioeconómico medio bajo.
- 3) Estado civil casadas o con pareja permanente.
- 4) Grado de escolaridad mínimo de primaria terminada.

- 5) Que acudieran a consulta por un padecimiento no crónico o agudo grave.

Criterios de Exclusión:

- 1) Edades menores de 20 o mayores de 30 años.
- 2) Con niveles socioeconómicos bajos o altos.
- 3) Madres solteras sin pareja.
- 4) Aquellas analfabetas o con primaria incompleta.
- 5) Pacientes con complicaciones durante su embarazo.
- 6) Pacientes con problemas crónicos o agudos graves.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas.

DISEÑO DE INVESTIGACION

Tipo de Estudio: De campo Expostfacto.

Nivel de Investigación: Confirmatorio.

Diseño de Investigación: Transversal en tres grupos, encuesta comparativa.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Los instrumentos utilizados para el presente estudio fueron:

A.- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Este instrumento fue iniciado por Charles D. Spielberg y R.L. Gorsuch en 1964. Ha sido utilizado en una gran variedad de estudios, en donde se han encontrado hallazgos acerca de su validez, siendo utilizado para poblaciones de adolescentes y adultos normales.

Su confiabilidad se realizó por primera vez al someter a un test-retest a una población de 5 subgrupos de sujetos de grado universitario a situaciones experimentales de entrenamientos breves de relajación, una prueba para medir el coeficiente intelectual y una película en donde se observaba que los participantes después de un accidente sufrían de lesiones graves o la muerte.

Para la escala Rasgo, la confiabilidad fue de 0.73 a 0.86, pero en la Escala Estado los coeficientes de estabili-

dad reflejaron la influencia de factores situacionales únicos que se presentaron al realizar dicha prueba.

Para la validez de la prueba, fue necesario que los reactivos individuales llenaran los criterios prescritos para la ansiedad Estado y ansiedad Rasgo, en cada una de las etapas de la construcción del inventario, para que pudieran conservar la validación, se observó una validez concurrente a través de las correlaciones de la escala de ansiedad de IPAT, la escala de Ansiedad Manifiesta y la lista de Adjetivos de Zuckerman. (Spielberg G.D. 1975).

B.- Inventario para la medición de la Depresión de Beck.

Fue iniciado por Beck, quien realizó observaciones sistemáticas, registros de actitudes y síntomas de pacientes depresivos. Escogió un grupo de estas actitudes más específicas y síntomas, que fueran compatibles con la definición de Depresión.

Para la confiabilidad, fueron utilizados dos métodos con el fin de evaluar la consistencia interna. Fueron analizados al principio protocolos de 200 casos consecutivos, se comparó el puntaje para cada una de las 21 categorías con el puntaje total de 108 para cada individuo. Se utilizó el análisis de varianza, encontrándose relación significativa en todas las categorías para el puntaje del inventario. Para todas las --

categorías de pérdida de peso, con un nivel de significancia de 0.01.

Se realizó una segunda evaluación para la consistencia interna del instrumento, fueron utilizados 97 casos de la primera muestra. Se utilizó la correlación de Pearson, observándose un coeficiente de 0.86.

Se probó la confiabilidad del instrumento traducido al castellano. Esto fue realizado por el Dr. Hernández R. que estudió 96 pacientes que se encontraban hospitalizados en el Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez" por presentar alguna enfermedad cardiovascular.

Se realizó la confiabilidad al evaluar prueba contra prueba, a los mismos pacientes por un periodo de 48 horas en dos ocasiones.

Se obtuvo una correlación de Pearson de 0.89, con un coeficiente de correlación por rangos de Spearman de 0.88, un coeficiente de Spearman Brown de 0.87 y un coeficiente de confiabilidad interclase de 0.77.

En cuanto a la validez del instrumento, fue administrado a un grupo de 38 pacientes en dos periodos de tiempos diferentes. El intervalo de tiempo fue de dos a seis semanas. Al

mismo tiempo, una estimación clínica del Depth of Depression fue realizada por psiquiatras. Se encontraron cambios en los puntajes del Inventario, paralelos en los cambios de la estimación clínica del Depth of Depression. Se empleó un análisis de varianza por vía de Kruskal Wallis, para evaluar las diferencias de manera estadística, encontrándose para los dos grupos un valor de p de 0.001.

En la traducción al castellano de este instrumento, llevado a cabo en México, se eligieron 96 pacientes con edades de 18 a 62 años. Se realizó la validez buscando la correlación entre las puntuaciones totales de IDB y la escala de ansiedad y depresión de Hamilton, aplicados a los mismos pacientes. Se obtuvo la correlación entre puntuaciones totales del IDB y HAD de 0.078 con una p de 0.001.

La sensibilidad y especificidad para 8 diferentes puntos de corte, se encontraron los valores mayores en el punto de corte de 13 ($s=90\%$ y $e=80\%$) y para 14 ($s=86\%$ y $e=86\%$). (Beck M.D. 1961).

PROCEDIMIENTO

El estudio se llevó a cabo en la consulta externa de las clínicas 31 y 43 de Medicina Familiar del Instituto Mexicano-

del Seguro Social, localizadas ambas en la Delegación Iztapalapa de la zona metropolitana de la ciudad de México. Las clínicas manejan poblaciones de familias de trabajadores con un nivel socioeconómico medio bajo.

La muestra estuvo constituida por 75 mujeres y dividida en tres grupos de acuerdo con la presencia de embarazo, así como por el número de paridad; integrándose los siguientes grupos: Mujeres no embarazadas o grupo control, mujeres embarazadas primíparas y mujeres embarazadas multíparas.

Se citaron a las mujeres para la aplicación de los instrumentos, conjuntamente con sus citas médicas.

El estudio se llevó a cabo en el turno matutino, después de la cita con el médico y en forma individual, calculándose el tiempo de aplicación de los instrumentos de aproximadamente 30 y 45 minutos, los cuales se aplicaron por el mismo examinador.

Se les aplicó la escala de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE); el Inventario para la medición de la depresión de Beck y un cuestionario de datos personales; previa información y aprobación de las encuestadas.

Terminada la aplicación a toda la muestra, se procedió a

calificar los instrumentos y posteriormente se llevó a cabo -
el tratamiento estadístico.

ANALISIS ESTADISTICO

1) Se llevó a cabo la prueba estadística χ^2 para grupos independientes, con el fin de comparar las variables demográficas de la muestra y para corroborar diferencias en la presencia de ansiedad (Rasgo-Estado) y Depresión; asociado con embarazo y paridad.

2) Se utilizó la prueba estadística de "t" de Student, para comparar los niveles de ansiedad y depresión en los diferentes grupos.

3) Se llevó a cabo la prueba estadística de Correlación de Pearson, con el objeto de buscar la correlación de ansiedad-depresión en los grupos.

RESULTADOS

Para la presentación de resultados del estudio se consideró conveniente realizar, en primer lugar un análisis de la muestra en general, y en segundo término un análisis comparativo entre los grupos de primíparas, multíparas y el grupo -- control (No embarazadas):

I.- Análisis de la Muestra:

La muestra total estuvo integrada por 75 mujeres, cuya edad oscilaba entre 20 y 30 años, con una Media de 24.41 y -- una Desviación Estándar de 3.1; de los cuales el 62% de la -- muestra tenía menos de 25 años. (cuadro 1).

El análisis comparativo permite observar que la media es menor en el grupo de primíparas (23.48), en segundo lugar las multíparas (24.3) y por último el grupo control (25.44). Estos resultados no mostraron diferencias significativas, a un alfa de 0.05 (t de Student), aunque las edades de las mujeres embarazadas primíparas fueron menores. (cuadro 2).

Los resultados obtenidos de las variables del lugar de nacimiento y de lugar de residencia, incluidas en las características generales de la muestra total, no se analizarán dado que el índice de no respuesta fue muy elevado en ambas variables, 58.7% y 52% respectivamente, además de que no se consideraron de trascendencia para este estudio.

Por lo que se refiere al estado civil, se observó que la muestra en general, el 92% se encontraban casadas y sólo --- 6 viven en unión libre. 3 mujeres primíparas y 3 mujeres mul tfparas, lo que equivale al 8% de la muestra. (cuadro 3).

La distribución en el análisis comparativo no mostró diferencias significativas entre los grupos, de acuerdo a la -- prueba de Chi cuadrada. (cuadro 4).

La escolaridad de acuerdo al número de años cursados pre sentó un promedio de 10 años, con una Desviación Estándar de- 3 en un rango de 11. El 21% del grupo sólo han realizado has ta 6 años de estudio. (cuadro 5).

El análisis por grupo nos permite observar que en prome- dio el grupo de primíparas han cursado un mayor número de --- años, con una media de 11.04, después el grupo control de --- 9.84 y por último las mul tfparas con 9.36. (cuadro 6).

Al considerar la escolaridad de acuerdo a su nivel de es tudio, se observó que el 46% de la muestra tiene estudios de- nivel primaria y secundaria, el 44% del nivel medio superior- y sólo el 9.6% realizaron estudios superiores. (cuadro 7).

El contraste de grupos a través de una X^2 muestra que -- existen diferencias significativas con un nivel de significan

cia de $\alpha 0.05$, entre los niveles de estudio de los tres grupos, siendo el grupo de primíparas quienes muestran una mayor frecuencia en los estudios de nivel medio superior, después - el grupo control y por último el grupo de multíparas.

Al analizar la ocupación vemos que la mayor parte de la muestra (62.7%) se dedica principalmente a las labores domésticas; el restante 36.3% que trabajan, el 20% se dedica a empleos no especializados. (cuadro 9).

Aun cuando no se observaron diferencias estadísticamente significativas, cabe señalar que es menor el porcentaje de -- primíparas (16%) que se dedica únicamente a las labores domésticas, que las multíparas (21.3%) y el grupo control (25.3%). (cuadro 10).

En general la muestra ha tenido pocas gestaciones (2 en promedio) en un rango de 6, sólo seis casos han tenido más de tres. (cuadro 11).

Al investigar si los partos habían sido normales o por-- cesárea, se observó que sólo cuatro casos requirieron de intervención quirúrgica y de éstos únicamente cinco en más de una ocasión. (cuadro 12).

Cabe señalar que el análisis comparativo manifiesta que-

el grupo control es el que ha presentado las frecuencias más altas de cesáreas. (cuadro 13).

Solamente nueve de las personas de la muestra global señalaron haber tenido algún aborto, de las cuales únicamente - cuatro reportaron que había sido en más de una ocasión. (cuadro 14).

Igualmente que en la variable anterior, el grupo control fue el que presentó la mayor frecuencia de abortos, aunque -- fue mínima en todos los casos. (cuadro 15).

El 77.3% de la muestra reportó no haber presentado complicaciones en el embarazo, sólo un 14% señaló haber padecido algún problema, el 8% restante no respondió a la pregunta. -- (cuadro 16).

El análisis comparativo no mostró diferencias significativas, sin embargo cabe señalar que fue el grupo de multiparas quienes mostraron mayor frecuencia de complicaciones en el embarazo, que correspondieron a cinco pacientes que equivale a un 21% de ese grupo. (cuadro 17).

Al cuestionar a las participantes sobre si su embarazo -- había sido deseado o no, el 29.3% de toda la muestra señaló -- no haberlo deseado, el 65.3% respondió afirmativamente y el -- 5.3% se abstuvo a contestar. (cuadro 18).

Se observaron diferencias significativas en el sentido de que es mayor la frecuencia de embarazos deseados entre las primíparas y el grupo control, mientras que las multíparas -- mostraron menos aceptación a su estado. (cuadro 19).

Respecto al número de hijos, el 86% de la muestra reportó tener hasta dos hijos, sólo 10 personas (13.3%) señalaron tener 3 o más hijos. (cuadro 20).

La distribución de la variable en los tres grupos permitió observar que es el grupo control el que presenta mayores frecuencias hacia un mayor número de hijos vivos. (cuadro 21).

II.- Resultados de las Pruebas Estadísticas para las variables Ansiedad y Depresión.

A continuación se presenta el análisis de las variables de depresión y ansiedad, medidas a través de las pruebas Beck e IDARE respectivamente:

En el grupo general se encontró una prevalencia de 16% de trastornos emocionales (ansiedad-depresión) para las mujeres embarazadas y un 20% en el grupo control. (No embarazadas).

Las calificaciones obtenidas en la escala Beck de depresión, alcanzaron un promedio de 7.56, con una Desviación Es--

tándar de 5, en un rango de variación de 0 a 24. La distribución muestra un sesgo hacia los puntajes bajos y se aprecia la existencia de puntajes extremos. (cuadro 22).

El análisis comparativo entre los grupos permite apreciar que es el grupo de múltiparas el que muestra puntajes más altos, alcanzando el promedio de 9.24, con una DS de 5.82 en un rango de 23. El grupo control y el de primiparas obtuvieron promedios similares de 6.88 y 6.56 respectivamente, aunque el último muestra menor variabilidad, ya que su DS fue de 3.46 y la del grupo control de 5.16. (cuadro 23).

Con el fin de determinar la existencia de una depresión patológica a través del Inventario para la medición de la depresión de Beck, se establecieron dos puntos de corte, uno en el puntaje 13 y otro menos estricto en el puntaje 11.

Los resultados muestran que con el punto de corte 13, el número de mujeres que mostraron rasgos patológicos depresivos, representó únicamente el 16% de la población. Asimismo al ser menos rígido el punto de corte, sólo se incrementó al 24%. (cuadros 24 y 25).

El análisis por grupo no arrojó diferencias significativas en ninguno de los dos puntos de corte, no obstante cabe señalar que en ambos casos las frecuencias más bajas se pre-

sentaron en el grupo de primíparas, mientras que entre las --
multíparas y el grupo control las frecuencias son casi igua--
les. (cuadros 26 y 27).

Al analizar el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de --
IDARE, se observó que en la escala correspondiente al Ansie--
dad Estado, el promedio global fue de 34.1, con una DS de ---
7.23 en un rango que osciló entre 21 y 54. En general la fre
cuencia de ansiedad manifiesta en la muestra fue de dos casos
que equivale al 2.6%, a un nivel de corte de 50 puntos. (cua-
dro 28).

En esta prueba fue el grupo de múltiparas las que obtu--
rieron puntajes más bajos en promedio (32.96), en comparación
con el grupo de primíparas (34.32) y el control (35). En ---
cuanto a frecuencia de aparición se encontró un 4% (1/25) de-
las primíparas, ninguna en las múltiparas y un 4% (1/25) en--
el grupo control. (cuadro 29).

Por lo que respecta a la escala de Ansiedad-Rasgo, la ca
lificación promedio de la muestra global fue de 36, con una -
DS de 8.65 en un rango de 31. La frecuencia total fue de 9 -
mujeres, que corresponde a un 12% de la muestra. (cuadro 30).

El promedio por grupo fue mayor en el grupo de múltipa--
ras (36.4), en segundo lugar el grupo control con 35.48 y por

último el grupo de primíparas con 34.32. En cuanto a la frecuencia de aparición se encontró un 4% (1/25) de Ansiedad-Rasgo en las primíparas, 3 multíparas que corresponde a un 12% (3/25) y 5 pacientes del grupo control que equivale a un 20% (5/25). (cuadro 31).

CORRELACION ANSIEDAD - DEPRESION

Con el fin de determinar si existía asociación entre los puntajes obtenidos para la muestra global, en la escala de de presión Beck y en la escala de ansiedad IDARE, se aplicó el - coeficiente de correlación de Pearson y se observó que existe una correlación positiva de 0.5076 para depresión-ansiedad -- rasgo; 0.3829 para depresión-ansiedad estado y 0.6040 para -- ansiedad R-E, que son significativas a un nivel α de 0.001 - entre los puntajes obtenidos en el Beck y las escalas de ansiedad Estado-Rasgo. Igualmente fue significativa la correlación existente entre las dos últimas. (cuadro 32).

Al analizar si existían diferencias entre los puntajes - obtenidos, tanto en las escalas del IDARE como en el Beck, en tre los tres grupos que conforman la muestra global, se encon tró lo siguiente:

La media de las mujeres pertenecientes al grupo de multí

paras (9.24) fue significativamente mayor que aquellas que integraron el grupo de primiparas a un nivel α de 0.05. (cuadros 33, 34 y 35).

En las escalas de IDARE aun cuando se observaron diferencias en el promedio obtenido por las primiparas (34.32 A-E y 33.32 A-R) y las multiparas (34.96 A-E y 36.04 A-R), éstas -- no fueron estadísticamente significativas. (cuadro 35).

CUADROS

Cuadro 22 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL

PUNTAJE DE BECK

PUNTAJE	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
0	2	2.7%	2.7%
1	3	4.0%	6.7%
2	3	4.0%	10.6%
3	9	12.0%	22.7%
4	10	13.3%	36.0%
5	4	5.3%	41.3%
6	5	6.7%	48.0%
7	5	6.7%	54.7%
8	6	8.0%	62.7%
9	5	6.7%	69.3%
10	5	6.7%	76.0%
11	6	8.0%	84.0%
12	0	0.0%	84.0%
13	2	2.7%	86.7%
14	1	1.3%	88.0%
15	3	4.0%	92.0%
16	1	1.3%	93.3%
17	1	1.3%	94.7%
18	2	2.7%	97.3%
19	1	1.3%	98.7%
24	1	1.3%	100.0%
TOTAL	75	100.0	

Se considera depresión a partir de un puntaje de 13.

Cuadro 23 - ANALISIS DE FRECUENCIA POR GRUPO DE REFERENCIA

(PUNTAJE EN BECK)

PUNTAJE	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		GPO. CONTROL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
0	1	4		0	1	4
1		0	1	4	2	8
2		0	1	4	2	8
3	1	4	2	8	6	24
4	6	24	3	12	1	4
5	3	12		0	1	4
6	2	8	3	12		0
7	4	16	1	4		0
8	4	16	1	4	1	4
9	1	4	1	4	3	12
10		0	3	12	2	8
11	1	4	3	12	2	8
12		0		0		0
13	1	4	1	4		0
14		0		0	1	4
15		0	1	4	2	8
16		0	1	4		0
17	1	4		0		0
18		0	1	4	1	4
19		0	1	4		0
20		0		0		0
21		0		0		0
22		0		0		0
23		0		0		0
24		0	1	4		0
TOTALES	25	100	25	100	25	100
MEDIA	6.56		9.24		6.88	
DESV. ESTANDAR	3.46		5.82		5.16	
RANGO	17		23		18	

Cuadro 24 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL
PATOLOGIA DE BECK (CORTE 11)

PATOLOGIA	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
SI	18	24.5%	24.5%
NO	57	76.0%	100.0%
NO RESPUESTA	0	0	100.0%
TOTAL	75	100.0	

Cuadro 25 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL
PATOLOGIA DE BECK (CORTE 13)

PATOLOGIA	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
SI	12	16.0%	16.0%
NO	63	84.0%	100.0%
NO RESPUESTA	0	0	100.0%
TOTAL	75	100.0	

Cuadro 26 - CONTRASTE DE GRUPO DE REFERENCIA Y
DEPRESION CORTE 13

	PRIMIPARA	MULTIPARA	GPO CONT	TOTAL
C O N O	2	6	4	12
DEPRESION E	4.0	4.0	4.0	12.0
S I N O	23	19	21	63
DEPRESION E	21.0	21.0	21.0	63.0
TOTAL	25	25	25	75
				100

O = observado E= esperado

Cuadro 27 - CONTRASTE DE GRUPO DE REFERENCIA Y
DEPRESION CORTE 11

		PRIMIPARA	MULTIPARA	GPO CONT	TOTAL
C O N	O	3	9	6	18
DEPRESION	E	6.0	6.0	6.0	18.0
S I N	O	22	16	19	57
DEPRESION	E	19.0	19.0	19.0	57.0
TOTAL		25	25	25	75 100

O= observado E= esperado

Cuadro 28 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL
PUNTAJE IDARE A-E

NUMERO	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
21	1	1.3%	1.3%
22	2	2.7%	4.0%
23	1	1.3%	5.3%
24	3	4.0%	9.3%
25	2	2.7%	12.0%
26	3	4.0%	16.0%
27	3	4.0%	20.0%
28	1	1.3%	21.3%
29	4	5.3%	26.7%
30	4	5.3%	32.0%
31	6	8.0%	40.0%
32	3	4.9%	44.0%
33	6	8.0%	52.0%
34	3	4.0%	56.0%
35	3	4.0%	60.0%
36	3	4.0%	64.0%
37	5	6.7%	70.7%
38	3	4.0%	74.7%
39	2	2.7%	77.3%
40	2	2.7%	80.0%
41	2	2.7%	82.7%
42	6	8.0%	90.7%
43	0	0.0%	90.7%
44	1	1.3%	92.0%
45	1	1.3%	93.3%
46	0	0.0%	93.3%
47	2	2.7%	96.0%
48	0	0.0%	96.0%
49	1	1.3%	97.3%
50	0	0.0%	97.3%
51	0	0.0%	97.3%
52	1	1.3%	98.7%
53	0	0.0%	98.7%
54	1	1.3%	100.0%
TOTAL	75	100	

Cuadro 29 - ANALISIS DE FRECUENCIA POR GRUPO DE REFERENCIA
(PUNTAJE IDARE A-E)

PUNTAJE	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		GPO. CONTROL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
20		0		0		0
21		0	1	4		0
22		0	1	4	1	4
23		0		0	1	4
24	1	4		0	2	8
25	1	4	1	4		0
26	2	8	1	4		0
27	1	4	2	8		0
28		0	1	4		0
29		0	1	4	3	12
30	1	4	2	8	1	4
31	1	4	2	8	3	12
32	2	8		0	1	4
33	4	16	2	8		0
34	1	4	2	8		0
35	1	4		0	2	8
36	3	12		0		0
37		0	2	8	3	12
38	1	4	1	4	1	4
39	1	4	1	4		0
40	1	4	1	4		0
41	1	4	1	4		0
42	2	8	1	4	3	12
43		0		0		0
44		0	1	4		0
45		0	1	4		0
46		0		0		0
47		0		0	2	8
48		0		0		0
49		0		0	1	4
50		0		0		0
51		0		0		0
52		0		0	1	4
53		0		0		0
54	1	4		0		0
TOTALES	25	100	25	100	25	100
MEDIA	34.32		32.96		35.00	
DESV. ESTANDAR	6.64		6.68		8.38	
RANGO	30		24		30	

Cuadro 30 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL

PUNTAJE IDARE A-R

NUMERO	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
22	1	1.3%	1.3%
23	1	1.3%	2.7%
24	0	0.0%	2.7%
25	3	4.0%	6.7%
26	5	6.7%	13.3%
27	1	1.3%	14.7%
28	6	8.0%	22.7%
29	5	6.7%	29.3%
30	3	4.0%	33.3%
31	6	8.0%	41.3%
32	0	0.0%	41.3%
33	3	4.0%	45.3%
34	3	4.0%	49.3%
35	5	6.7%	56.0%
36	3	4.0%	60.0%
37	3	4.0%	64.0%
38	2	2.7%	66.7%
39	3	4.0%	70.7%
40	1	1.3%	72.0%
41	1	1.3%	73.3%
42	0	0.0%	73.3%
43	1	1.3%	74.7%
44	2	2.7%	77.3%
45	2	2.7%	80.0%
46	2	2.7%	82.7%
47	1	1.3%	84.0%
48	2	2.7%	86.7%
49	1	1.3%	88.0%
50	3	4.0%	92.0%
51	3	4.0%	96.0%
52	1	1.3%	97.3%
53	2	2.7%	100.0%
TOTAL	75	100	

Cuadro 31 - ANALISIS DE FRECUENCIA POR GRUPO DE REFERENCIA
(PUNTAJE IDARE A-R)

PUNTAJE	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		GPO. CONTROL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
20		0		0		0
21		0		0		0
22		0		0	1	4
23		0		0		0
24	1	4		0		0
25	1	4		0	2	8
26	2	8	3	12		0
27	1	4		0		0
28		0		0	5	20
29		0	2	8	2	8
30	1	4	2	8	1	4
31	1	4	2	8	2	8
32	2	8		0		0
33	4	16	1	4	1	4
34	1	4	2	8	1	4
35	1	4	1	4	1	4
36	3	12	2	8		0
37		0	1	4	2	8
38	1	4	2	8		0
39	1	4	2	8		0
40	1	4		0		0
41	1	4		0		0
42	2	8		0		0
43		0		0	1	4
44		0	1	4		0
45		0		0		0
46		0		0		0
47		0		0	1	4
48		0	1	4		0
49		0		0		0
50		0	1	4	1	4
51		0	2	8	1	4
52		0		0	1	4
53		0		0	2	8
54	1	4		0		0
TOTALES	25	100	25	100	25	100
MEDIA	34.32		36.40		35.48	
DESV. ESTANDAR	6.64		7.69		9.95	
RANGO	10		25		31	

Cuadro 32 - DISTRIBUCION DE LOS INDICES DE
DE CORRELACION PARA LA MUESTRA TOTAL

	DEPRESION BECK	ANSIED-EDO	ANSIED-RASGO
DEPRESION BECK	1.0000	.3829 **	.5076 **
ANSIEDAD-EDO	.3829 **	1.0000	.6040 **
ANSIED-RASGO	.5076 **	.6040 **	1.0000

Puntaje significativo : ** - 0.001

Cuadro 33 - CONTRASTE DE MEDIAS POR GRUPO DE REFERENCIA

ESCALA	MULTIPARAS		GPD. CONTROL		DIF. M	VAL. t	PROB
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
DEPRESION BECK	9.24	5.82	6.88	5.16	2.36	1.52	0.14
IDARE A-E	32.96	6.68	35	8.38	2.04	0.95	0.35
IDARE A-R	36.04	7.69	35.48	9.85	0.56	0.22	0.82

Valor esperado para un alfa de <0.05

Cuadro 34 - CONTRASTE DE MEDIAS POR GRUPO DE REFERENCIA

ESCALA	PRIMIPARAS		GPD. CONTROL		DIF.M	VAL. t	PROB
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
DEPRESION BECK	5.56	3.46	6.88	5.16	0.32	0.26	0.8
IDARE A-E	34.32	6.64	35	8.38	0.68	0.32	0.75
IDARE A-R	36.52	8.48	35.48	9.95	1.04	0.40	0.69

Cuadro 35 - CONTRASTE DE MEDIAS POR GRUPO DE REFERENCIA

ESCALA	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		DIF.M	VAL. t	PROB
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
DEPRESION BECK	5.56	3.46	9.24	5.82	2.68	1.98	*
IDARE A-E	34.32	6.64	32.96	6.68	1.36	0.72	0.47
IDARE A-R	36.52	8.48	36.04	7.69	0.48	0.21	0.84

* significativo a un alfa < 0.05

INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

El embarazo es una etapa crítica en la vida de la mujer, que conlleva muchos cambios a nivel físico y emocional, según lo han definido varios autores. (Deutsch 1960, Barbero 1977, - Carnes 1983, entre otros).

Los cambios emocionales más frecuentemente encontrados-- por estos autores son la ansiedad, la depresión, aunados a -- otros de menor frecuencia.

Así, Kane en 1968 proporciona una cifra del 64% por medi ciones subjetivas, la presencia de estos trastornos durante el embarazo aunque no describe detalladamente las caracterís- ticas de su estudio. Esa cifra es muy alta y de gran signifi cado para pensar en qué factores influyen en el embarazo para aumentar la aparición o exacerbación de tales síntomas.

Este estudio fue realizado en un país desarrollado --- (U.S.A.), por lo que los resultados no pueden ser extrapola- dos nuestra población.

En los resultados del presente estudio se muestra un 16% de trastornos emocionales durante el embarazo, difiriendo de los otros estudios, en que la muestra manejada es de un nivel socioeconómico medio-bajo. Además de que únicamente se midió la ansiedad y depresión.

Esta diferencia tan amplia, quizá pudiera ser explicada porque la mujer mexicana de dicho nivel está más preparada para tales eventos, aceptándolos con mayor tranquilidad, pues desde niña se acostumbra a cuidar a hermanos menores, teniendo a corta edad conocimientos acerca de la crianza de los niños, por lo cual esta actividad no resulta para ella extraña.

Otra probable explicación sería la forma en que se llevó a cabo la medición de dichos trastornos.

Con respecto a los trastornos emocionales y el embarazo se han asociado muchos factores, que han tratado de explicar el porqué de la aparición o exacerbación de dichas alteraciones emocionales. Entre ellos se encuentra la edad, como lo refiere Welles (1987), quien encontró que las mujeres mayores de 30 años mostraban mayor ansiedad.

Al respecto en cuanto a la educación, se ha informado -- por Lubin (1975), que la mujer más grande y menos educada muestra en sus investigaciones mayor ansiedad, con respecto a las mujeres jóvenes y más educadas.

También se ha reportado que los trastornos emocionales del embarazo se presentan en el primero y aún más en el tercer trimestre. (Méndez 1986, Carnes 1983).

Sin embargo, pocos estudios han hecho hincapié en la relación entre el número de hijos y los trastornos emocionales en el embarazo. En este estudio se controlaron las variables antes mencionadas (educación, edad, estado civil, complicaciones, nivel socioeconómico). De tal manera que los resultados obtenidos pudieran demostrar el peso que tiene la paridad por sí sola en la presencia de los trastornos de ansiedad y depresión en el embarazo.

En cuanto a la edad se refiere, la muestra reportó una media de 24,41 (mediana de 25 años) y más del 62% tenían menos de 25 años, lo cual demuestra que en la población de este estudio es frecuente la paridad a edades tempranas y apoyados por lo reportado por Welles, se esperaba que existieran pocos trastornos provocados por la edad.

También es importante notar que el grupo de primíparas resultó ser más joven (media de 23.48) lo cual era de esperarse.

Con referencia al estado civil todas las pacientes de la muestra convivían con una pareja masculina, con la cual también se controló el posible trastorno emocional causado por la sensación de desamparo ante la soledad. Encontrándose el 92% casadas y el 8% restante en un estado de libre unión conyugal.

Con respecto a la escolaridad, el 100% de la muestra tenía un nivel mayor de 6 años de estudio, mostrando el grupo de primíparas el número mayor en promedio en años cursados -- (11.04), con esto se esperó que el nivel de educación no fuera un factor que ocasionara la depresión, pues como había mencionado Welles, el nivel de escolaridad bajo era un factor de depresión.

Dentro de las variables que no se controlaron, que posiblemente expliquen en forma subjetiva la asociación de trastornos emocionales durante la gestación (ansiedad y/o depresión) fue la ocupación. En la muestra la gran mayoría de las participantes del estudio se dedicaban al hogar (62.7%). Cabe señalar que las primíparas en un 64% se dedicaban a las labores remunerativas. Esto posiblemente tenga trascendencia, debido a que la mujer que trabaja presenta más seguridad ante la vida, no siendo así el caso de la mujer que tiene muchos hijos y no trabaja, sintiendo más los posibles problemas económicos y familiares, como quizá pudo haber sucedido en el grupo control, y esto explicar los promedios de puntajes más altos en sus pruebas.

David y DeVault en 1962, Mc Donald y Christakos en 1963, dan mucha importancia a la presencia de ansiedad durante el embarazo, ya que ellos encontraron complicaciones obstétricas preparto y durante el parto.

En esta muestra el 77.3% reportó no haber tenido complicaciones, sin embargo, un 14.7% sí presentó algún tipo de molestias que quizá se relacione con el 16%, de las alteraciones emocionales presentado, sin embargo esto no se puede afirmar.

Una de las variables que probablemente pudiera influir en el hecho de que la mujer presente o no algún trastorno emocional durante su gestación; y que aunque no fue una variable controlada sí se consideró como variable de confusión. Se observó que el 72% de las primíparas deseaban ser madres; mientras que sólo el 52% de las multiparas querían serlo. Estos datos mostraron ser significativos, aunque como se verá más adelante al analizar los resultados de las pruebas, esta variable no mostró ser trascendente.

Una vez que se ha descrito la forma en que se llevó a cabo el control de las variables que pudieran influir en la presencia o no de ansiedad o depresión, se procederá a analizar la asociación entre la paridad y la presencia o exacerbación de la sintomatología emocional durante la gestación que fue el principal objetivo de este estudio.

Los resultados de la aplicación del Inventario para la medición de la depresión de Beck, el cual tiene un rango de calificación de 0 a 24, mostró un promedio de 7.6 en toda la

población. Lo que en forma general nos advierte que la depre
sión en cuanto a su nivel es baja.

En cuanto a la valoración por grupos, se esperaba, como-
lo había expuesto Jarrahi en 1969, que la mujer multípara pre
sentó mayor frecuencia de depresión. En este estudio el gru-
po de multíparas presentó un 24% (6/25) de mujeres deprimidas.
El grupo de primíparas sólo presentó un 8% y el grupo control
un 16% a un nivel de corte de 13.

Analizando por medio de pruebas estadísticas (χ^2) se en-
contró que esta diferencia no era significativa, sin embargo-
se puede observar que hay una leve tendencia del grupo de las
multíparas a la depresión.

O'Hara en 1986 encontró que el 9% de las mujeres (99 ca-
sos) presentaban depresión durante el embarazo, cifra que es-
menor a la del presente estudio.

En cuanto al promedio de las calificaciones el grupo de-
las multíparas obtuvo un 9.24 con una DS de 5.8, la cual fue-
la más alta con respecto a las primíparas y al grupo control,
sin ser estadísticamente significativa.

Por lo anterior se puede afirmar que la paridad no es --
por sí misma un factor de peso para la presentación o exacer-

bación de la depresión, sin embargo, aunada a otros factores, sí puede ser contribuyente como se observó en otros estudios.

Con respecto a la variable ansiedad; Molfese, Bricker,-- Manion (1977), Mc Donald (1963) y Davids (1962), entre otros, han reportado la presencia de ansiedad durante el embarazo,-- sin embargo no especifican cifras exactas en sus trabajos.

La frecuencia de ansiedad estado, definida como patológica (nivel de corte superior a 50 en la escala de IDARE) fue-- el de 2% de las mujeres embarazadas de la muestra, esta cifra manifiesta escasa prevalencia de la ansiedad.

En el análisis por grupo encontramos una prevalencia del 4% (1/25) de Ansiedad-Estado en las mujeres primíparas y ningún caso en las multíparas, por lo tanto la diferencia no fue estadísticamente significativa.

En cuanto a la Ansiedad-Rasgo se encontró un porcentaje del 8% (4/50) en las mujeres embarazadas de la muestra, con-- una diferencia por grupos del 4% (1/25) en las primíparas y - un 12% (3/25) de las multíparas, diferencias que no resultaron significativas.

Si esto se compara con el grupo control, tampoco se encontraron diferencias en la frecuencia de ansiedad.

Welles en 1987, reporta en su estudio de 53 mujeres primigestas divididas en dos grupos: jóvenes (20-29), y mayores (30-39); encontrando según su método una frecuencia del 22% y 42% respectivamente de ansiedad en su muestra, por lo que podemos comparar que la frecuencia observable de esta investigación fue muy por debajo de lo esperado. Esto pudiese explicarse tal vez, porque las pacientes estudiadas por nosotros, tienen edades jóvenes, equivalentes al grupo 1 de Welles; sin embargo, sus métodos de medición y criterios de diagnóstico de ansiedad pueden ser muy distintos.

A pesar de esto, en cuanto a niveles de calificación de ansiedad estado, los resultados fueron mayores en las primíparas, (34.32) y más bajos en las multíparas (32.9), que aunque no fue significativa, sí manifiesta cierta tendencia apoyando que en el último trimestre suele presentarse la ansiedad, hecho encontrado por otros autores. (Nelson, Lubin, Grimm, etc.).

Es importante destacar que uno de los hallazgos interesantes de este trabajo, en contra de lo que habíamos supuesto en un principio; de que al aumentar la ansiedad, la depresión disminuye y viceversa, se pudo constatar que estos trastornos suelen asociarse, siendo esta asociación positivamente -- significativa, que va desde una $r=0.3$ a un $r=0.5$.

Esto significa que pudiera ser que ambos trastornos, de

presión y ansiedad puedan ser la expresión de trastornos emocionales diferentes en cada mujer, y que tras un síntoma depresivo se pueda encontrar el de ansiedad.

No necesariamente tiene que contraponerse uno con el otro como en muchas ocasiones se piensa.

De acuerdo con el análisis de estos resultados se puede inferir que la paridad en sí, no es factor determinante para la aparición de trastornos emocionales durante el embarazo, pero puede ser un factor contribuyente y quizá desencadenante de dichos trastornos.

LIMITACIONES

Una vez realizado el análisis e interpretación de los -- resultados se considera que las limitaciones del presente estudio son:

1.- La población del estudio fue calculada sobre una estimación de la presencia de trastornos emocionales (ansiedad y depresión) alta; según lo reportado en otros trabajos. Sin embargo, en los resultados de la investigación, se mostraron una frecuencia baja de estos trastornos.

2.- El diseño de investigación de este estudio (Encuesta comparativa), deja algunas limitaciones en la explicación de cómo se comportarían las variables estudiadas al paso del --- tiempo durante toda la gestación que mostraría el comporta--- miento dinámico de estos trastornos, como sería: cambios de frecuencia e intensidad en la ansiedad y depresión.

3.- Aunque el estudio se hizo comparativo, aún quedan algunas variables que no se pudieron controlar y que quizá tengan un peso grande, como factores contribuyentes a la apari--- ción de dicha sintomatología. Algunas de las variables que-- en el estudio se vislumbraron fueron: El sentimiento consciente e inconsciente del deseo de procreación, el nivel de educación sexual y cultura de la madre gestante, el cómo la futura

madre organice su situación de la preñez con sus otras actividades, tanto laborales como en su familia; el apoyo de la pareja; entre otros.

4.- Otra limitación para la evaluación de la frecuencia de trastornos emocionales durante el embarazo, es tal vez -- que los medios de diagnóstico empleados; pudieron no ser los más adecuados, ya que estos instrumentos fueron validados en otro tipo de pacientes, constando de reactivos que en ocasiones resultaban oscuros, incomprensibles y no aplicables para una muestra como la estudiada.

5.- Otra dificultad en el diagnóstico de estos trastornos, es la falta de consenso general, en cuanto a los parámetros que se usan para detectarla, pues vemos que en varios autores, los criterios utilizados varían grandemente.

SUGERENCIAS

1.- Consideramos que la realización de un estudio con un tamaño de muestra mayor, podría descubrir mejor las diferencias de los estados emocionales (ansiedad-depresión), ya que al parecer estos trastornos tienen una frecuencia menor a la esperada.

2.- Con la elaboración de un estudio longitudinal, podrían ser observados los fenómenos implicados de una manera más amplia y dinámica, que que estos trastornos pueden presentar variaciones y manifestaciones cambiantes que son difíciles de detectar en un estudio transversal.

3.- Es necesario realizar otros estudios en donde se le dé mayor énfasis a otras variables que pudieran tener un efecto más determinante en la presencia y/o surgimiento de estos trastornos.

4.- Resulta conveniente la creación y utilización de otros instrumentos más específicos para la medición de este tipo de trastornos, en mujeres embarazadas, tomando en cuenta el nivel cultural, educativo, entre otros.

5.- Se sugiere que se empleen otras técnicas y métodos distintos, con el fin de reafirmar la validez del actual trabajo o en su caso aportar nuevos conocimientos.

6.- Con el objetivo de conocer aún más la naturaleza de los trastornos de ansiedad y depresión en el transcurso del embarazo, se sugiere que se realice un estudio de casos y controles. En el que se pueda valorar, así como cuantificar la importancia que tienen una serie de factores explicativos del origen de estos padecimientos.

CONCLUSIONES

- En la población estudiada, de medio socioeconómico medio bajo, con un nivel de escolaridad superior de la primaria, las mujeres que convivían con una pareja, presentaron durante su embarazo un 16% de trastornos emocionales (ansiedad-depresión), de toda la muestra seleccionada.

- Dentro de los trastornos presentados en el embarazo, la depresión medida por medio del Inventario para la medición de la depresión de Beck, a un nivel de corte de 13 puntos, --mostró una prevalencia de 24% en multíparas, de 8% en primíparas y 16% en el grupo control, diferencia que no fue significativa. Por lo que se concluye que no existe diferencia en la presencia de depresión entre mujeres embarazadas primíparas, multíparas y no embarazadas.

- De acuerdo a la presencia de ansiedad Rasgo-Estado, medida por medio del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de --IDARE, a un nivel de corte de 50, se encontró que para la ansiedad Estado se presentó en un 4% en mujeres primíparas, 4% en el grupo control y 0% para las multíparas.

- En la ansiedad Rasgo se obtuvo un 4%, 20% y 12% respectivamente por grupos. Diferencia que no fue estadísticamente significativa, por lo que no existe diferencia en la presencia de ansiedad relacionada con la paridad.

- De acuerdo a los niveles de puntaje, las mujeres multíparas mostraron tendencias a valores más altos al inventario de Beck, por lo que aunque no es significativo, existe en ellas una tendencia a deprimirse.

- Los promedios de puntaje para ansiedad IDARE mostraron ser mayores (No estadísticamente significativos) para las mujeres primíparas, mostrando sin embargo una tendencia a la ansiedad muy escasa.

- La presencia de trastornos emocionales (ansiedad-depresión) suelen acompañarse durante el embarazo, no siendo al parecer independientes como se había supuesto, mostrando una correlación positiva significativa.

- Por lo anterior, el número de paridad por sí misma parece no ser un factor determinante en la presencia de ansiedad y/o depresión durante el embarazo. Sin embargo, aunado a otros factores tales como: el deseo de tener un hijo, la ocupación de la madre, aspectos hereditarios, situaciones particulares tales como complicaciones en el embarazo, pueden conjuntarse para provocar la presencia o exacerbación de trastornos emocionales en el embarazo.

- Se sugiere que la paridad influya como causa que desencadene la aparición de estos trastornos, por ser una etapa crítica en la vida de la futura madre.

BIBLIOGRAFIA

- Academia Nacional de Medicina. (1988). Tratado de Medicina Interna: El Manual Moderno. p. 872.
- Anastasi, A. (1982). Psicología Diferencial. Madrid: Aguilar. p. 856.
- Axelord, R. (1987). La Depresión Puerperal: Un enfoque psicodinámico. Tesis de Maestría en Psicología. U.N.A.M. -- México. p. 179.
- Barbero, C. (1977). Bosquejo de la Psicología del Embarazo y el Parto. Ginecología y Obstetricia de México. 42 -- (259). pp. 91-96.
- Bardwick, J. (1976). Psicología de la Mujer. Madrid: Alianza Editorial. p. 388.
- Beauvior, S. (1981). El Segundo Sexo. Buenos Aires: Siglo--XX. p. 518.
- Beck, M.D. (1961). Ann Inventory for measuring depression.- Arch Gen Psychiatric. Vol. 4 p. 54.
- Benson, R. (1985). Manual de Ginecología y Obstetricia. México: El Manual Moderno. p. 744.
- Bonilla, P., Rodríguez, M. y Esqueda, P. (1987). Manual para la elaboración de Tesis. U.I.C.: México. p. 69.

- Carnes, J. (1983). Psychosocial disturbances during and --
after pregnancy. Postgraduate Medicine. 73 (1). pp. --
135-140.
- Caso, A. (1984). Fundamentos de Psiquiatría. México: LIMUSA.
p. 1212.
- Cecil, (1987). Tratado de Medicina Interna. México: Intera-
mericana. p. 2121.
- Davids. A. and De Vault, S. (1962). Maternal anxiety during
pregnancy and childbirth abnormalities. Psychosomatic -
Medicine. 24 (5) pp. 464-470.
- De la Fuente, R. (1959). Psicología Médica. México: Fondo -
de Cultura Económica. p. 444.
- Deutsch, H. (1969). Psicología de la Mujer. Buenos Aires: -
Lozada. p. 452.
- Diccionario de Psicología. (1942). México: Fondo de Cultura
Económica. p. 383.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. (1974). Méxi-
co: Salvat. p. 2313.
- Downie, N.M., Health, R.W. (1983). Métodos Estadísticos --
Aplicados. México: Harla. p. 95.
- Egg, E. (1982). Oposición y Marginalidad de la Mujer en el -
orden social Machista. Buenos Aires: Humanitas. p. 206.
- Frazier, S.H. (1964). Qué es la Psicopatología. Buenos Ai--
res: Lidiun. p. 151.

- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolfa*. Madrid: Biblioteca Nueva. p. 2141.
- Freud, S. (1933). *La Angustia y la vida Instintiva*. Madrid: Biblioteca Nueva. p. 3667.
- Freud, S. (1933). *La Femenidad*. Madrid: Biblioteca Nueva. - p. 3667.
- Freud, S. (1931). *Sobre la Sexualidad Femenina*. Madrid: Biblioteca Nueva. p. 3667.
- George D., Ladenheim J., Nutt D. (1987). Effect of pregnancy on panic attacks. *Am. J. of Psychiatry*. 144 (8). pp. 1078-1079.
- Grimm, E. (1961). Psychological tensión in pregnancy. *Psychosomatic Medicine*. 23 (6) pp. 520-527.
- Guido, M., Renzo, R. and Andreoli, C. (1986). Psychosocial-stress and obstetrical complications of pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. Vol. 65 pp. 273-276.
- Horney, K. (1976). *Psicología Femenina*. Buenos Aires: Psique. p. 267.
- Jarrahi, A. (1969). Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. *B.J. of Psychiatry*. 115 --- (524). pp. 797-805.

- Kane, F.J., Harman, W.J. and Keeler, M.H. (1968). Emotional and cognitive disturbances in the early puerperium. -- B.J. of Psychiatry. 114 (506). pp. 99-102.
- Kolb, L. (1983). Psiquiatría Clínica Moderna. México: La -- Prensa Médica Mexicana. p. 1016.
- Kumar, R., Robson, K. (1978). Previous induced abortion and antenatal depression in primiparae: Preliminary report of survey of mental health in pregnancy. Psychological-Medicine. 8 (4). pp. 711-715.
- Langer, M. (1988). Maternidad y Sexo. México: Paidós. p. -- 253.
- Lubin, B., Gardner and Roth, A. (1975). Mood and somatic -- symptoms during pregnancy. Psychosomatic Medicine. 37 - (2). pp. 136-146.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Menta-- les. (1983). Barcelona: Masson. p. 513.
- Mc Donald, R., Christakos, A. (1963). Relationship of emo-- tional adjustment during pregnancy to obstetric compli-- cations. Am J. Obst. and Gynec. 86 (3). pp. 341-347.
- Medels, J. (1977). La Depresión. Barcelona: Herder. p. 158.
- Méndez, G. (1986). Aspectos Psicológicos de la Mujer Embara-- zada. Tesis de Maestría en Ginecología y Obstetricia. Instituto-- Nacional de Perinatología. Mayo. p. 97.

- Mercer, R., Ferketich, S. (1988). Stress and social support as predictor of anxiety and depression during de pregnancy. Adv. in Nur. Science. 10 (2). pp. 26-39.
- Molfese, V., Bicker, M., Marion, L., and Beadnell, B. (1987). Anxiety, depression and stress in pregnancy: A multivariate model of intrapartum risks and pregnancy outcomes. J. of Pdychosomatic Obstetric and Gynecology. 7 (2) --- pp. 77-92.
- Mondragón, H. (1982). Obstetricia Básica Ilustrada. México: Trillas. p. 685.
- Nelson, W.M., Gulmak, J., Politano, P.M. (1986). MMPI diffe
rence in various populations of the unwed mother. J. of
clin. Psychology. 42 (1). pp. 226-237.
- Norbeck, J.S., Tilden, V.P. (1983). Life stress, social --
support and emotional disequilibrium in complications--
of pregnancy: A prospective, multivariate study. J. of-
Health and social Behavior. 24 (1). pp. 30-46.
- Novak, E., Jones, S., Jones, H. (1977). Tratado de Ginecolo
gfa. México: Interamericana. p: 794.
- O'Hara, M.W., (1986). Social Support, life events and de-
pression during pregnancy and the puerperium. Arch. Gen.
Psychiatry. 43 (59). pp. 160-161.

- Ramirez, S. (1977). El Mexicano, Psicología de sus Motivaciones. México: Enlace-Grijalbo. p. 192.
- Satterfield, S.B. (1978). Psychological aspects of gynecology and obstetrics. Medical Economics Company Book. División U.S.A.: Compiled and edited by Benjamin B. Wolman. p. 234.
- Sherman, J. (1978). Psicología de la Mujer. Madrid: Morova. p. 349.
- Siegel, S. (1985). Estadística no Paramétrica. México: Trillas. p. 130.
- Seifer, R. (1971). Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Buenos Aires: Kargerman. p. 154.
- Spielberg, G.D., Díaz Guerrero, R. (1975). Inventario de -- Ansiedad Rasgo-Estado. México: El Manual Moderno. p. 83.
- Tilden, V. (1983). The relation of life stress and social support to emotional disequilibrium during pregnancy. - Research in Nursing & health, 6 (4). pp. 167-174.
- Valderrama, G. (1988). Perfil psicológico de Pacientes del Instituto Nacional de Perinatología con un embarazo de curso normal. Tesis de licenciatura en Psicología. --- U.N.A.M. México, p. 135.

- Vallejo, J.R. (1984). Síntomas Depresivos. Medicine. Ago, - 35. pp. 111-134.
- Villalobos, S. (1987). Cambios Emocionales de la Mujer Embarazada. Asoc. Mex. de Ginec. y Obst.. México. p. 53.
- Welles, B.L., Chateau, O. (1987). Maternal age transition - to motherhood: Prenatal and perinatal assessment. Acta-Psychiatr. Scand. 7 (6). pp. 719-725.
- Zagicek, E., Wolkind, S. (1978). Emotional difficulties in-married woman during and after the first pregnancy. --- Br. J. Psycho1. 51 (4). pp. 86-90.

ANEXOS

Cuadro 1 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL
(EDAD)

EDAD	FRECUENCIA	%	% ACUM.
20	11	14.7%	14.7%
21	7	9.3%	24.0%
22	4	5.3%	29.3%
23	8	10.7%	40.0%
24	10	13.3%	53.3%
25	7	9.3%	62.7%
26	8	10.7%	73.3%
27	5	6.7%	80.0%
28	6	8.0%	88.0%
29	4	5.3%	93.3%
30	5	6.7%	100.0%
TOTAL	75	100	

Quadro 2 - ANALISIS DE FRECUENCIA POR GRUPO DE REFERENCIA
(EDAD)

AÑOS	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		GPO. CONTROL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
20	6	24	5	12	2	8
21	3	12	5	20	0	0
22	3	12	0	0	1	4
23	2	8	3	12	3	12
24	4	16	5	12	5	12
25	2	8	1	4	4	16
26	1	4	3	12	4	16
27	1	4	2	8	2	8
28	0	0	1	4	2	8
29	0	0	3	12	1	4
30	1	4	1	4	3	12
TOTALES	25	100	25	100	25	100
MEDIA	23.48		24.36		25.44	
DESV. ESTANDAR	3.09		3.24		2.82	
RANGO	10		10		10	

Cuadro 3 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%	% ACUM.
CASADA	69	92	92
UNION LIBRE	6	8	100
TOTAL	75	100	

Cuadr. 1 - CONTRASTE DE GRUPO DE REFERENCIA Y
ESTADO CIVIL

	CASADA	UNION LIBRE	TOTAL
PRIMIPARA	22 29.3	3 4.0	25 33.3
MULTIPARAS	22 29.3	3 4.0	25 33.3
GPO. CONTROL	25 33.3	0 0	25 33.3
	69 91.9	6 8.0	75 99.9

Cuadro 5 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL
(ESCOLARIDAD)

AÑOS CURSADOS	FRECUENCIA	%	% ACUM.
5	3	4.0%	4.0%
6	13	17.3%	21.3%
7	3	4.0%	25.3%
8	3	4.0%	29.3%
9	13	17.3%	46.7%
10	1	1.3%	48.0%
11	2	2.7%	50.7%
12	30	40.0%	90.7%
13	0	0.0%	90.7%
14	1	1.3%	92.0%
15	1	1.3%	93.3%
16	5	6.7%	100.0%
TOTAL	75	100	

Cuadro 6 - ANALISIS DE FRECUENCIA POR GRUPO DE REFERENCIA
(ESCOLARIDAD)

AÑOS	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		GPO. CONTROL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
5	0	0	0	0	3	12
6	2	8	6	24	5	20
7	1	4	0	0	2	8
8	0	0	2	8	1	4
9	4	16	8	32	1	4
10	0	1	1	4	0	0
11	2	8	0	0	0	0
12	14	56	7	28	9	36
13	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	1	4
15	1	4	0	0	3	12
16	1	4	1	4	0	0
17	0	0	0	0	0	0
TOTALES	25	100	25	100	25	100
MEDIA	11.04		9.36		9.84	
DESV. ESTANDAR	2.39		2.62		3.75	
RANGO	10		10		11	

**Cuadro 7 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR
ESCOLARIDAD**

NIVEL ESCOLAR	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
PRIMARIA	16	21.3	21.3
SECUNDARIA	19	25.3	46.6
MEDIA SUPERIOR	33	44.0	90.6
SUPERIOR	7	9.3	99.9
TOTAL	75	99.9	

Cuadro 8 -- CONTRASTE DE GRUPO DE REFERENCIA Y
ESCOLARIDAD

	PRIMARIA	SECUNDA.	MED. SUP	SUPERIOR	TOTAL
PRIMIPARA	2 2.7	5 6.7	16 21.3	2 2.7	25 35.3
MULTIPARAS	6 8.0	10 13.3	8 10.7	1 1.3	25 35.3
GPO. CONTROL	8 19.7	4 5.3	9 12.0	4 5.4	25 35.3
	16 21.3	19 25.3	33 44.0	7 9.3	75 100

Subcapítulo 2 DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR OCUPACION

OCUPACION	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
HOGAR	47	62.7%	62.7%
SECRETARIA	7	9.3%	72.0%
OBRAERA	3	4.0%	76.0%
EMPLEADA	15	20.0%	96.0%
PROFESIONISTA	3	4.0%	100.0%
TOTAL	75	100	

Cuadro 10 - CONTRASTE DE GRUPO DE REFERENCIA Y
ESCOLARIDAD

	HOGAR	SECRETARIA	OBRERA	EMPLEA	PROFESIONISTA	TOTAL
PRIMIPARA	12	2	2	8	1	25
	16.0	2.7	2.7	10.7	1.3	33.3
MULTIPARAS	16	2	1	6	0	25
	21.3	2.7	1.3	8.0		33.3
EFG. CONTROL	19	3	0	1	2	25
	25.3	4.0		1.3	2.7	33.3
	19	7	3	15	3	75
	62.7	9.3	4.0	20.0	4.0	100

Cuadro 15 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL
(NUMERO DE GESTACION)

NUMERO	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
0	1	1.3%	1.3%
1	28	37.7%	38.7%
2	23	30.7%	69.3%
3	11	14.7%	84.0%
4	5	6.7%	90.7%
5	1	1.3%	92.0%
6	2	2.7%	94.7%
NO RESPUESTA	4	5.3%	100.0%
TOTAL	75	100	

Cuadro 12 DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL
(NUMERO DE CESAREAS)

NUMERO	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
0	61	81.3%	81.3%
1	9	12.0%	93.3%
2	1	1.3%	94.7%
3	2	2.7%	97.3%
NO RESPUESTA	2	2.7%	100.0%
TOTAL	75	100	

Cuadro 13 - ANALISIS DE FRECUENCIA POR GRUPO DE REFERENCIA
(NO. DE CESAREAS)

NUMERO	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		GPO. CONTROL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
0	25	100	21	84	15	60
1		0	4	16	5	20
2		0		0	1	4
3		0		0	2	8
NO RESPUESTA		0		0	2	8
TOTALES	25	100	25	100	25	100
MEDIA	0.0		0.16		0.56	
DESV. ESTANDAR	0.0		0.37		0.94	
RANGO	0		1		3	

CUESTIONARIO — DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL

(NUMERO DE ABORTOS)

NUMERO	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
0	63	84.0%	84.0%
1	5	6.7%	90.7%
2	3	4.0%	94.7%
3	1	1.3%	96.0%
NO : RESPUESTA	3	4.0%	95.0%
TOTAL	75	100	

Cuadro 15 - ANALISIS DE FRECUENCIA POR GRUPO DE REFERENCIA
(NO. DE ABORTO)

NUMERO	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		GPC. CONTROL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
0	23	92	22	88	18	72
1	2	8	1	4	2	8
2		0	1	4	2	8
3		0	1	4		0
NO RESPUESTA		0		0	2	13
TOTALES	25	100	25	100	25	100
MEDIA	0.08		0.24		0.27	
DESV. ESTANDAR	0.28		0.73		0.63	
RANGO	1		3		2	

Cuadro 16 - PRESENTACION DE COMPLICACIONES EN EL PARTO
POBLACION GLOBAL

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
SI	11	14.7%	14.7%
NO	58	77.3%	93.0%
NO RESPUESTA	6	8.0%	100.0%
TOTAL	75	100.0	

Cuadro 17 - CONTRASTE DE GRUPO DE
REFERENCIA Y COMPLICACION EN PARTO

	SI	NO	TOTAL
PRIMIPARA	3 4.3	22 31.9	25 36.2
MULTIPARAS	5 7.2	18 26.1	23 33.3
GFO. CONTROL	3 4.3	18 26.1	21 30.4
	11 15.9	58 84.1	69 100

Cuadro 18 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL
EMBARAZO DESEADO

EMB. DESEADO	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
SI	49	65.3%	65.3%
NO	22	29.3%	94.6%
NO RESPUESTA	4	5.3%	99.9%
TOTAL	75	99.9	

Cuadro 19 · CONTRASTE DE GRUPO DE REFERENCIA Y
EMBARAZO DESEADO

	PRIMIPARA	MULTIPARA	GPD CONT	TOTAL
S :	18 25.4	10 18.3	18 25.4	49 69.0
N D	7 9.9	10 18.7	3 4.2	22 31.9
	25 35.2	25 35.2	21 29.6	71 100

Cuadro 20 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL
(NUMERO DE HIJOS VIVOS)

NUMERO	FRECUENCIA	%	% ACUMU.
0	26	34.7%	34.7%
1	22	29.3%	64.0%
2	17	22.7%	86.7%
3	7	9.3%	96.0%
4	2	2.7%	98.7%
5	1	1.3%	100.0%
TOTAL	75	100	

Cuadro 21 - ANALISIS DE FRECUENCIA POR GRUPO DE REFERENCIA
(NO. DE HIJOS VIVOS)

NUMERO	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		GPO. CONTROL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
0	25	100	0	0	1	4
1		0	15	60	7	28
2		0	6	24	11	44
3		0	3	12	5	16
4		0		0	2	8
5		0	1	4		0
TOTALES	25	100	25	100	25	100
MEDIA	0		1.64		1.96	
DESV. ESTÁNDAR	0		0.99		0.92	
RANGO	0		4		4	

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

Que consta de las siguientes preguntas:

- 1.- Nombre: Apellido paterno Apellido materno Nombres.
- 2.- Edad:
- 3.- Fecha y lugar de Nacimiento:
- 4.- Lugar de Residencia:
- 5.- Dirección: Calle No. Colonia
- 6.- Teléfono:
- 7.- Estado Civil:
- 8.- Escolaridad:
- 9.- Ocupación:
- 10.- Fecha de la Última Menstruación:
- 11.- Gesta: Para: Cesárea: Abortos:
- 12.- Hijos vivos:
- 13.- Complicaciones en el embarazo actual: Sf No
 Explique:
- 14.- En embarazos anteriores, presentó complicaciones: Sf No
 Explique:
- 15.- Embarazo Planeado: Sf No

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EN ESTE CUESTIONARIO HAY GRUPOS DE ORACIONES, POR FAVOR LEA CADA GRUPO CUIDADOSAMENTE Y ESCOJA LA ORACION DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA COMO SE HA SENTIDO ESTA ULTIMA SEMANA INCLUYENDO HOY. MARQUE CON UNA X LA ORACION QUE HAYA ESCOGIDO. SI VARIAS ORACIONES EN EL GRUPO PARECEN APLICARSE A SU CASO MARQUE SOLO UNA. ASEGURESE DE LEER TODAS LAS ACEVERACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE CONTESTAR.

- 1) ----- NO ME SIENTO TRISTE
----- ME SIENTO TRISTE.
----- ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO ANIMARME
----- ME SIENTO TAN TRISTE O INFELIZ QUE YA NO LO SOPORTO.
- 2) ----- NO ME SIENTO DESANIMADO ACERCA DEL FUTURO.
----- ME SIENTO DESANIMADO ACERCA DEL FUTURO.
----- SIENTO QUE NO TENGO PARA QUE PENSAR EN EL PORVENIR.
----- SIENTO QUE NO HAY ESPERANZA PARA EL FUTURO Y QUE LAS
----- COSAS NO PUEDEN MEJORAR.
- 3) ----- NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO.
----- SIENTO QUE HE FRACASADO MAS QUE OTRAS PERSONAS.
----- CONFORME VEO HACIA ATRAZ EN MI VIDA TODO LO QUE PUE-
----- DO VER SON MUCHOS FRACASOS.
----- SIENTO QUE COMO PERSONA SOY UN COMPLETO FRACASO.
- 4) ----- OBTENGO TANTA SATISFACCION DE LAS COSAS COMO SIEMPRE.
----- NO DISFRUTO LAS COSAS COMO ANTES.
----- YA NO OBTENGO SATISFACCIONES DE NADA.
----- ESTOY INSATISFECHO Y MOLESTO CON TODO.
- 5) ----- NO ME SIENTO CULPABLE.
----- EN ALGUNOS MOMENTOS ME SIENTO CULPABLE.
----- LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ME SIENTO ALGO CULPABLE.
----- ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO.
- 6) ----- NO SIENTO QUE SERE CASTIGADO.
----- SIENTO QUE PUEDO SER CASTIGADO.
----- CREO QUE SERE CASTIGADO.
----- SIENTO QUE ESTOY SIENDO CASTIGADO.
- 7) ----- NO ME SIENTO DESCONTENTO CONMIGO MISMO.
----- ME SIENTO DESCONTENTO CONMIGO MISMO.
----- ME SIENTO A DISGUSTO CONMIGO MISMO
----- ME ODO A MI MISMO.
- 8) ----- NO SIENTO QUE SEA PEOR QUE OTROS.
----- ME CRITICO A MI MISMO POR MI DEBILIDAD Y MIS ERRORES.
----- ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS ERRORES.
----- ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCCIDE.

- 9) ----- NO TENGO NINGUNA IDEA ACERCA DE SUICIDIOS.
----- TENGO IDEAS DE SUICIDARME PERO NO LO HARIA.
----- QUISIERA SUICIDARME.
----- ME SUICIDARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD.
- 10) ----- NO LLORO MAS QUE DE COSTUMBRE.
----- LLORO MAS QUE ANTES.
----- LLORO TODO EL TIEMPO.
----- PODIA LLORAR PERO AHORA NO PUEDO AUNQUE QUIERA.
- 11) ----- AHORA NO ESTOY MAS IRRITABLE QUE ANTES.
----- ME MOLESTO O IRRITO MAS FACILMENTE QUE ANTES.
----- ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO.
----- NO ME IRRITO PARA NADA CON LAS COSAS QUE ANTES ME
IRRITABAN.
- 12) ----- NO HE PERDIDO EL INTERES POR LA GENTE.
----- NO ME INTERESA LA GENTE COMO ANTES.
----- HE PERDIDO LA MAYOR PARTE DE MI INTERES POR LA GENTE.
----- HE PERDIDO TODO INTERES POR LA GENTE.
- 13) ----- TOMO DECISIONES TAN BIEN COMO SIEMPRE.
----- PROONGO DECISIONES CON MAS FRECUENCIA QUE ANTES.
----- SE ME DIFICULTA TOMAR DECISIONES.
----- NO PUEDO TOMAR DECISIONES EN NADA.
- 14) ----- NO SIENTO QUE ME VEO MAS FEO ANTES.
----- ME PREOCUPA QUE ME VEA FEO Y VIEJO.
----- SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA
----- QUE HACEN QUE ME VEA FEO.
----- CREO QUE ME VEO ORRIBLE.
- 15) ----- PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES.
----- TENGO QUE HACER UN ESFUERZO EXTRA PARA INICIAR ALGO.
----- TENGO QUE OBLIGARME A HACER CUALQUIER COSA.
----- NO PUEDO TRABAJAR PARA NADA.
- 16) ----- DUERMO TAN BIEN COMO ANTES.
----- NO DUERMO TAN BIEN COMO ANTES.
----- ME DESPIERTO 1 O 2 HORAS ANTES DE LO ACOSTUMBRADO Y
----- ME ES DIFICIL VOLVER A DORMIRME.
----- ME DESPIERTO MUCHAS HORAS ANTES DE MI HORA ACOSTUM-
BRADA Y NO PUEDO VOLVER A DORMIRME.

- 17)-----

MI CANSO MAS DE LO HABITUAL
ME CANSO MAS FACILMENTE QUE ANTES.
ME CANSO DE HACER CASI CUALQUIER COSA.
ME SIENTO MUY CANSADO DE HACER CUALQUIER COSA.
- 18)-----

MI APETITO ES IGUAL QUE SIEMPRE.
MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO ANTES.
CASI NO TENGO APETITO.
NO TENGO APETITO EN LO ABSOLUTO.
- 19)-----

NO HE PERDIDO PESO O CASI NADA.
HE PERDIDO MAS DE 2.5 KILOS.
HE PERDIDO MAS DE 5 KILOS.
HE PERDIDO MAS 7.5 KILOS
(ESTOY A DIETA SI NO)
- 20)-----

MI SALUD NO ME PREOCUPA MAS QUE ANTES.

ME PREOCUPAN MOLESTIAS COMO DOLOR DE CABEZA, MALES-
-TAR ESTOMACAL O ESTREÑIMIENTO).
ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS MOLESTIAS FISICAS QUE ES
DIFICIL QUE PUEDA PENSAR EN OTRA COSA.
ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS MOLESTIAS FISICAS QUE
NO PUEDO PENSAR EN OTRA COSA.
- 21)-----

MI INTERES POR EL SEXO ES IGUAL QUE ANTES.
ESTOY MENOS INTERESADO EN EL SEXO QUE ANTES.
AHORA ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO QUE ANTES.
HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERES EN EL SEXO.